

Attestation d'études (réussite) et demande de relevé de notes Infirmière autorisée/infirmière auxiliaire



COLLEGE OF NURSES
OF ONTARIO
ORDRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

L'EXCELLENCE EN SOINS

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
101, chemin Davenport, Toronto (Ontario) M5R 3P1
www.cno.org

Tél : 416 928-0900
Sans frais au Canada : 1 800 387-5526
Télec. : 416 928-6507

Comment remplir ce formulaire

Étape 1 : La candidate/le candidat remplit la section 1.

Étape 2 : L'école d'infirmières remplit la section 2.

Étape 3 : L'école d'infirmières retourne le formulaire, dûment rempli, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (l'OIIIO) à l'adresse postale figurant au haut du présent formulaire. Voir les instructions à la section 2.

Important

L'OIIIO n'acceptera pas ce document si celui-ci lui est envoyé par la candidate/le candidat. Le formulaire doit être envoyé directement par l'école.

Collecte de renseignements personnels

Veillez examiner la Politique de confidentialité affichée sur le site Web de l'Ordre (www.cno.org/confidentialite) pour comprendre l'usage que l'on fera de vos renseignements personnels.

SECTION 1

Doit être remplie par la candidate/le candidat

Nom de famille _____

Prénom _____

Adresse postale de la candidate/du candidat _____

App./unité _____

Ville _____

Province/État _____ Code postal/Code ZIP _____ Pays _____

Date de naissance (JJ/MMM/AAAA) _____

Sexe : Féminin Masculin

J'autorise _____ à fournir à l'Ordre des infirmières et infirmiers de
Nom de l'école d'infirmières

l'Ontario les renseignements sollicités dans la section 2 ainsi que tous les renseignements en sa possession concernant mes études. Ce document constitue votre autorisation légale de fournir à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario tous les renseignements susceptibles d'avoir un rapport quelconque avec ma demande, que l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario sollicitera.

Signature de la candidate/du candidat : _____ Date: _____

JJ/MMM/AAAA

Attestation d'études (réussite) et demande de relevé de notes

Infirmière autorisée/infirmière auxiliaire



COLLEGE OF NURSES
OF ONTARIO
ORDRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

L'EXCELLENCE EN SOINS

Section 2—Écoles d'infirmières : Veuillez remplir la section 2 du présent formulaire et fournir un relevé officiel de notes qui inclut une liste des notes obtenues, une ventilation des heures de théorie et de pratique clinique pour chaque matière, ainsi qu'une copie des descriptions et des schémas de cours et des résultats du programme fait par la candidate/le candidat. Veuillez retourner le tout à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario dans une enveloppe portant l'entête, le sceau ou le timbre de l'école d'infirmières.

SECTION 2

Doit être remplie par l'école d'infirmières Attention aux candidats : ne pas remplir la section 2

École d'infirmières _____

Type d'école (p. ex., collège, hôpital, université, institution professionnelle) _____

Adresse _____

N° de tél. (inclure l'indicatif du pays) _____

Ville _____

Courriel _____

Province/État _____ Code postal/Code ZIP _____ Pays _____

N° de téléc. (inclure l'indicatif du pays) _____

1. Nom du programme : _____

8. Le programme était-il officiellement reconnu ou approuvé par : _____

2. Nombre total d'années d'études requises pour être admise/admis au programme : _____ années

(Nom de l'organisme/du conseil de réglementation de la profession d'infirmière, de l'instance gouvernementale d'octroi de licence/de reconnaissance ou de l'organisme d'agrément)

3. Date d'admission : (JJ / MMM / AAAA)

Date de réussite : (JJ / MMM / AAAA)

9. Quelle est la principale langue d'instruction de votre établissement d'enseignement? _____
Langue d'instruction – théorie : _____
Langue d'instruction – clinique : _____

4. Méthode principale de réalisation du programme

- Sur place – instruction en salle de classe
 En ligne – téléapprentissage
 Autre (précisez s.v.p.) _____

Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, la présente constitue une déclaration fidèle du dossier scolaire de la personne nommée dans la section 1 du présent formulaire pour le programme de formation d'infirmière en question.

5. Type de programme

- Certificat
 Diplôme
 Grade d'associé
 Diplôme de baccalauréat
 Autre (précisez s.v.p.) _____

Nom (en caractères d'imprimerie s.v.p.) _____ Titre _____

6. Le programme prépare les diplômées à exercer à titre d'

- infirmière autorisée
 infirmière auxiliaire autorisée
 Autre (précisez s.v.p.) _____

Signature _____ Date (JJ/MMM/AAAA) _____

7. Le programme de formation d'infirmière était-il reconnu ou approuvé dans l'administration où il était offert?

- Oui Non

École d'infirmières : Apposer le sceau de l'école dans la case prévue à cet effet ci-dessous.

Envoyer par la poste à :

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
101, chemin Davenport, Toronto (Ontario) M5R 3P1
Canada

Apposer le sceau ici