



FORMULAIRE GÉNÉRAL DE DEMANDE

DE CERTIFICATION PAR EXAMEN 2011

PROGRAMME DE CERTIFICATION DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

LES TÉLÉCOPIES
NE SONT PAS ACCEPTÉES
NE RIEN AGRAFER, S.V.P.

DATE DE L'EXAMEN : le samedi 9 avril 2011

Pour faciliter la lecture de ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

CALENDRIER DE PRÉSENTATION DES DEMANDES : Les demandes seront acceptées **entre le 1^{er} septembre et le 15 octobre 2010.**

(Les demandes doivent porter la marque postale du 15 octobre au plus tard.)

Ce formulaire de demande DOIT être rempli dans sa totalité

IL FAUT UTILISER LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE DE CERTIFICATION POUR REMPLIR CE FORMULAIRE.

TOUTES LES PERSONNES QUI POSENT LEUR CANDIDATURE DOIVENT REMPLIR CE FORMULAIRE. Tous les renseignements resteront confidentiels.

Demande de certification initiale

Cochez (✓) une des cases suivantes :

- Je pose ma candidature à l'examen de certification pour la première fois.
- J'ai **retiré** ma candidature à l'examen de certification de l'AIC.
Numéro de certification de l'AIC _____
- Je me **représente** à l'examen de certification de l'AIC
après y avoir échoué.
Numéro de certification _____
- L'AIC m'a indiqué par écrit que je ne **pouvais pas** me présenter
à l'examen de 2010.

Langue de correspondance préférée : français anglais

CODE DE LA SPÉCIALITÉ/
DU DOMAINE DE PRATIQUE INFIRMIÈRE : _____

Soins infirmiers :

- | | |
|--------------------------------------|--|
| - cardiovasculaires CV | - en psychiatrie/santé mentale . . . MH |
| - d'urgence ER | - en réadaptation RH |
| - en gastroentérologie GI | - en santé communautaire CM |
| - en gérontologie GR | - en santé du travail OH |
| - en médecine-chirurgie MS | - en sciences neurologiques NN |
| - en néphrologie NP | - en stomathérapie ET |
| - en oncologie OC | - intensifs CC |
| - en orthopédie OT | - intensifs en pédiatrie CP |
| - en périnatalité PR | - palliatifs PC |
| | - périopératoires OR |

- Je fais aussi une demande de certification ou de renouvellement de la certification pour la spécialité/le domaine de pratique infirmière _____.
(Veuillez noter qu'il faut un formulaire par spécialité/domaine de pratique infirmière.)

1. RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

(VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE À LA PAGE 6)

PRIÈRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES. Tous les renseignements doivent être exacts pour éviter les retards.

Indiquez votre nom exactement tel que vous désirez le voir sur votre certificat.

PRÉNOM	INITIALE(S) DU SECOND PRÉNOM	NOM DE FAMILLE
ADRESSE		
R.R./C.P./ETC.		
VILLE	PROVINCE/ TERRITOIRE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE À LA MAISON	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	POSTE
COURRIEL 1	COURRIEL 2	

2. AUTORISATION D'EXERCER ET ADHÉSION À L'AIC

(VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE À LA PAGE 6)

TOUTES LES CANDIDATES : Veuillez joindre une photocopie de votre autorisation d'exercer provinciale/territoriale pour l'année en cours.

INFIRMIÈRES DE L'ONTARIO : Pour obtenir le tarif accordé aux membres de l'AIC, les infirmières de l'Ontario doivent également joindre une photocopie de leur carte de membre de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO/RNAO)

INFIRMIÈRES DU QUÉBEC : Voir l'information à la page 7 du Guide général de demande.

OBLIGATOIRE

DÉCOUPEZ ET APPOSEZ ICI
UNE COPIE DE VOTRE AUTORISATION
D'EXERCER POUR L'ANNÉE
EN COURS

OBLIGATOIRE
(infirmières de l'Ontario)

DÉCOUPEZ ET APPOSEZ ICI UNE
COPIE DE VOTRE CARTE DE MEMBRE
EN RÈGLE DE L'AIIAO (RNAO)

Il faut joindre à votre demande la preuve que vous êtes membre en règle de l'AIIAO afin de bénéficier du tarif accordé aux membres de l'AIC.

3. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ GÉNÉRAUX

(VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE À LA PAGE 8)

Veillez cocher la case correspondant à l'option choisie pour votre demande.

Option A Option B

*Consultez la page 8 du Guide de demande pour plus de renseignements.

4. VÉRIFICATION DE L'EXPÉRIENCE DANS LA SPÉCIALITÉ / LE DOMAINE DE PRATIQUE INFIRMIÈRE

(VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE AUX PAGES 8-9)

Faites preuve de précision – Section importante pour déterminer l'admissibilité – Ex. : Guide, p. 9

EMPLOI LE PLUS RÉCENT	EMPLOYEUR	POSTE	SUPERVISEURE/ CONSEILLÈRE	DATES DES EMPLOIS OCCUPÉS	HEURES (des 5 dernières années seulement)
	NOM COMPLET DE L'EMPLOYEUR/L'HÔPITAL SERVICE/UNITÉ ADRESSE VILLE PROVINCE/TERRITOIRE CODE POSTAL	TITRE RESPONSABILITÉS	NOM TITRE	DE mois/année À mois/année	Heures/année 2006 2007 2008 2009 2010 Nombre total d'heures

TOTAL DU NOMBRE D'HEURES CONSIDÉRÉES pour satisfaire aux critères d'admissibilité :

Utilisez une feuille distincte si vous devez indiquer plus de TROIS (3) expériences d'emploi pertinentes.

VEUILLEZ NOTER : N'indiquez les expériences d'emploi dans votre spécialité/domaine de pratique infirmière que pour les cinq dernières années (du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2010 inclusivement). Toute autre information est superflue. **Une année à temps complet = 1 950 heures**

5. ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE CONTINU

(INFIRMIÈRES EN SANTÉ DU TRAVAIL ET EN STOMOTHÉRAPIE SEULEMENT – VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE À LA PAGE 10)

Il faut soumettre les documents justificatifs avec la liste.

NUMÉRO	ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE CONTINU	NOM DE L'ORGANISME PARRAIN / ORGANISATEUR OU DE L'ÉTABLISSEMENT	COMPÉTENCE (consultez le site Web du Programme de certification de l'AiIC)	NOMBRE D'HEURES	DATE*	DOCUMENT INCLUS (Cochez la case)	RÉSERVÉ À L'AiIC
1						<input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Utilisez une feuille additionnelle, au besoin.

NOMBRE TOTAL D'HEURES

* Infirmières en santé du travail : seulement les cinq dernières années (2006-2010); infirmières en stomathérapie : seulement les trois dernières années (2008-2010)

RÉSERVÉ À L'AiIC	PRATIQUE INFIRMIÈRE	FORMATION POST-DIPLOME	PFIS	ÉTUDES
	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> O	01 <input type="checkbox"/> Diplôme 04 <input type="checkbox"/> Doctorat
	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	02 <input type="checkbox"/> Baccalauréat 05 <input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> V			03 <input type="checkbox"/> Maîtrise

6. ATTESTATION D'UNE SUPERVISEURE OU D'UNE CONSEILLÈRE (VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE À LA PAGE 10)

J'atteste (superviseure/conseillère) que _____
(nom de la candidate) participe activement à la prestation de soins infirmiers directs aux patients, ou à la gestion, à l'enseignement ou à la recherche en soins infirmiers _____. J'atteste par ailleurs que cette personne a acquis le nombre minimal d'heures d'expérience infirmière exigées pour la certification de l'AIIIC dans sa spécialité/son domaine de pratique infirmière, **comme elle l'a indiqué sur ce formulaire de demande.** (Décrire brièvement dans quelle mesure la candidate est apte à appliquer les connaissances et les compétences spécialisées nécessaires pour exercer dans sa spécialité/son domaine de pratique infirmière) :

SIGNATURE DE LA SUPERVISEURE OU DE LA CONSEILLÈRE

EMPLOYEUR/SERVICE

DATE

NOM (EN LETTRES MOULÉES, S.V.P.)

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

POSTE/TITRE

COURRIEL

VEUILLEZ NOTER : Le Programme de certification de l'AIIIC se réserve le droit de vérifier l'emploi et l'autorisation d'exercer de toute candidate. L'expérience dans un poste d'infirmière auxiliaire ou d'infirmière psychiatrique ou dans un autre poste de fournisseur de soins de santé ne sera pas prise en considération.

7. ÉTUDES EN SCIENCES INFIRMIÈRES (VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE À LA PAGE 11)

1. Veuillez cocher (✓) le niveau d'études en sciences infirmières le plus élevé suivi avec succès.

Diplôme Baccalauréat Maîtrise Doctorat _____
École / Université Année

Formation POSTDIPLÔME dans votre spécialité/domaine de pratique infirmière (p. ex., cours de collège communautaire dans la spécialité/le domaine de pratique infirmière)

Collège / Université

Année

Spécialité/domaine de pratique

2. Infirmières ayant choisi l'**option B** : (voir la page 2 du Guide de demande pour plus de renseignements).

Une copie de mon grade universitaire en sciences infirmières ou de mon certificat de formation postdiplôme dans ma spécialité/mon domaine de pratique infirmière est annexée à ce formulaire.

3. **Infirmières en stomothérapie** : (voir la page 4 du Guide de demande pour plus de renseignements).

Nom du programme

Année

Une copie de la preuve officielle que vous avez suivi dans sa totalité un PFIS de l'ACS est annexée à ce formulaire OU

Une copie de la confirmation de l'ACS attestant que vous avez suivi la totalité d'un autre PFIS qu'elle approuve est annexée à ce formulaire.

8. DÉCLARATION OFFICIELLE (VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE À LA PAGE 11)

Inscrivez la date et signez le formulaire, sinon votre demande ne sera pas examinée.

Je demande, par la présente, à passer l'examen de certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) en _____. Je comprends que pour obtenir l'autorisation de se présenter à l'examen de certification, il faut répondre aux critères préétablis de participation au programme. À cette fin, j'autorise l'AIIIC à faire toutes les recherches qu'elle jugera nécessaires pour vérifier mes titres et ma situation professionnelle.

Je comprends que les frais de demande comprennent une portion non remboursable qui s'applique à l'ensemble des candidates et candidats à la certification de l'AIIIC.

Dans le cadre du processus de certification, l'AIIIC recueille des informations qui peuvent lui servir pour établir des statistiques, faire de la recherche ou déployer des efforts promotionnels. Ces informations sont utilisées de façon anonyme. Je consens à ce que les renseignements me concernant soient inclus dans ces informations de la manière décrite dans ce paragraphe, conformément à la politique de l'AIIIC sur la protection des renseignements personnels, qui est affichée sur le site Web de l'AIIIC.

J'atteste que, pour autant que je le sache, les renseignements donnés dans cette demande sont complets et exacts.

Je consens à ce que l'AIIIC divulgue mon nom, mes coordonnées et l'information sur ma certification à l'association infirmière nationale de ma spécialité/mon domaine de pratique infirmière, afin de permettre à celle-ci de communiquer avec moi.

Veillez noter que votre nom pourrait être transmis à l'organisme de réglementation de votre province ou territoire.

Je ne consens pas à ce que l'AIIIC divulgue ces renseignements.

Signature de la candidate/du candidat

Date

TOUT FORMULAIRE INCOMPLET ENTRAÎNERA DES RETARDS ET RISQUE DE NE PAS ÊTRE CONSIDÉRÉ.

9. RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE D'EXAMEN

(VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE AUX PAGES 12-13)

Langue d'examen préférée (il faut en choisir une) : français anglais Je souhaite aussi recevoir une copie de l'examen dans l'autre langue officielle.

Code du centre d'examen : _____ Nom de la ville : _____

(Consultez la liste complète des codes sur la face interne de la couverture du Guide de demande et à la page 12)

Demande de dispositions spéciales pour l'examen

Si vous avez besoin de l'une des dispositions spéciales énumérées ci-dessous (dans la colonne Raison), remplissez le **Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen**, que vous pouvez demander en téléphonant au 1-800-450-5206. Le formulaire rempli doit être **envoyé avec votre demande**. Inscrivez le code du centre d'examen sur le Formulaire de demandes spéciales.

Code	Raison
<u>S</u> <u>B</u> <u>W</u> <u>C</u> 1	Centre d'examen de remplacement (frais additionnels de 75 \$ + TPS ou TVH)
<u>A</u> <u>L</u> <u>W</u> <u>D</u> 2	Autre date d'examen
<u>S</u> <u>P</u> <u>A</u> <u>C</u> 3	Autres dispositions spéciales

10. RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT

(VOIR LE GUIDE GÉNÉRAL DE DEMANDE À LA PAGE 14)

Renseignements généraux

- Choisissez un mode de paiement. Si vous payez par carte de crédit, remplissez et renvoyez le formulaire Règlement par carte de crédit, qui est joint au Guide de demande.
- Faites les chèques et les mandats à l'ordre de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Vous n'aurez pas d'autres frais à verser pour votre certification pendant sa période de validité de cinq ans.
- **Des frais d'administration non remboursables de 90 \$ + TPS ou TVH sont retenus en cas de retrait.**
- Des frais de 10 \$ + TPS ou TVH sont exigés pour émettre un duplicata du reçu.
- **Toute erreur dans le paiement total des frais retardera le traitement de votre demande.**

Le traitement des frais est effectué immédiatement, et l'admissibilité est déterminée séparément.

Mode de paiement

- Chèque (inclure un seul chèque pour le paiement au complet)
- Carte de crédit (remplir le Formulaire de règlement par carte de crédit)
- Mandat (inclure un seul mandat pour le paiement au complet)

Paiement par des tiers : Si ce n'est pas la candidate ou le candidat qui effectue le paiement, indiquez le nom de la personne ou de l'organisme qui s'en chargera.

Un reçu sera émis au nom de cette personne ou de cet organisme.

Nom _____

Frais de certification (taxes comprises)

Résidentes de la Colombie-Britannique

- Membres de l'AIIC : **509,60 \$** _____
- Reprise d'examen : **347,20 \$** (en cas d'échec) _____
- Frais additionnels pour centre d'examen de remplacement : **84 \$** _____

Résidentes des provinces et territoires suivants : AB, SK, MB, PE, NU, NT et YT

- Membres de l'AIIC : **477,75 \$** _____
- Reprise d'examen : **325,50 \$** (en cas d'échec) _____
- Frais additionnels pour centre d'examen de remplacement : **78,75 \$** _____

Résidentes de l'Ontario

*Infirmières de l'Ontario : L'adhésion à l'AIIC (RNAO) couvre l'adhésion à l'AIIC.

- Membres de l'AIIC : **514,15 \$** _____
- Non-membres : **728,85 \$** _____
- Reprise d'examen : **350,30 \$** (en cas d'échec) _____
- Frais additionnels pour centre d'examen de remplacement : **84,75 \$** _____

Résidentes du Québec

*Infirmières du Québec : L'adhésion à l'AIINB ou à la YRNA couvre l'adhésion à l'AIIC.

- Membres de l'AIIC : **477,75 \$** _____
- Non-membres : **677,25 \$** _____
- Reprise d'examen (en cas d'échec) : **325,50 \$** _____
- Frais additionnels pour centre d'examen de remplacement : **78,75 \$** _____

Résidentes des provinces suivantes : NL, NB et NS

(*Pour NS : nouveau tarif en raison de la hausse de la TVH)

- Membres de l'AIIC : **514,15 \$ (*523,25 \$)** _____
- Reprise d'examen : **350,30 \$ (*356,50 \$)** (en cas d'échec) _____
- Frais additionnels pour centre d'examen de remplacement : **84,75 \$ (*86,25 \$)** _____

Tous les tarifs comprennent les frais d'administration.

TOTAL DES FRAIS _____

RÉSERVÉ À L'AIIC

Réception _____

Préexamen _____

Examen _____

Recomm. élabor. examen / Entrée des données _____

AUTORISATION EXERC. O

ATTESTATION SUPERV. O

AC (ET et OH) O

Note : _____

Date et initiales

ADMISSIBILITÉ E _____

I _____



CENTRE DE TRAITEMENT POUR LE PROGRAMME DE CERTIFICATION DE L'AIIC

1400, place Blair, bureau 210, Ottawa ON K1J 9B8 • 1-800-450-5206 • certification@cna-aiic.ca

http://obtenircertification.cna-aiic.ca

(01-14)**8. Poste :** (Veuillez indiquer le choix le plus approprié)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| 01 Doyenne adjointe/associée | 02 Infirmière clinicienne spécialisée | 03 Conseillère/consultante |
| 04 Directrice/vice-présidente des soins infirmiers | 05 Enseignante-clinicienne/professeure | 06 Infirmière gestionnaire |
| 08 Chercheuse | 09 Infirmière de chevet | 10 Superviseure/coordonnatrice |
| 11 Infirmière praticienne autorisée/ agréée | 14 Infirmière dans un rôle d'infirmière praticienne | |
| 12 Autre : _____ | | |

(01-06)**9. Nombre total d'années d'expérience en tant qu'infirmière autorisée / immatriculée :**

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 01 1-2 ans | 02 3-5 ans | 03 6-10 ans |
| 04 11-20 ans | 05 21-30 ans | 06 31 ans et + |

(01-06)**10. Nombre total d'années d'expérience dans votre domaine de certification :**

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 01 1-2 ans | 02 3-5 ans | 03 6-10 ans |
| 04 11-20 ans | 05 21-30 ans | 06 31 ans et + |

(02-25)
PRIMAIRE**11. Domaine(s) de responsabilité primaire et secondaire :**

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| 02 Soins cardiovasculaires | 03 Urgence | 04 Gériatrie |
| 06 Périnatalité | 07 Médecine-chirurgie | 08 Néphrologie |
| 09 Sciences neurologiques | 10 Santé du travail | 11 Soins périopératoires |
| 12 Oncologie | 13 Pédiatrie | 14 Soins psychiatriques/santé mentale |
| 15 Santé publique/communautaire | 16 Visites/soins à domicile | 19 Soins intensifs |
| 20 Soins intensifs (pédiatrie) | 21 Gastroentérologie | 22 Orthopédie |
| 23 Réadaptation | 24 Soins palliatifs | 25 Soins des plaies/Stomothérapie |
| 17 Autre : _____ | | |

(02-25)
SECONDAIRE

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire.



CONSEILS POUR REMPLIR LES FORMULAIRES DE DEMANDE INITIALE ET DE RENOUVELLEMENT DE LA CERTIFICATION DE L'AIC

Veillez noter : Pour des raisons de concision, la forme féminine englobe la forme masculine, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

Veillez lire le guide de demande approprié pour plus d'information.

Haut de la première page

- Si vous faites une demande pour deux spécialités ou domaines de pratique infirmière, ou une demande de renouvellement pour une spécialité/un domaine de pratique infirmière et une demande d'inscription à l'examen pour une autre spécialité/un autre domaine de pratique infirmière, veuillez remplir deux formulaires séparés. Sur chacun d'eux, indiquez, à l'endroit prévu, la spécialité/le domaine de pratique infirmière qui fait l'objet de l'autre demande.
- Indiquez votre langue de correspondance préférée.

1 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

- EN LETTRES MOULÉES (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE), S. V. P.
- Indiquez votre nom exactement tel que vous désirez le voir sur votre certificat.
- Si votre nom est différent de celui qui figure sur votre autorisation d'exercer, vous devez fournir une preuve de votre changement de nom.
- N'oubliez pas d'indiquer votre courriel, si vous en avez. **L'AIC communique surtout par courriel.**

2 – AUTORISATION D'EXERCER ET ADHÉSION À L'AIC

- Découpez et joignez une **photocopie claire et lisible** de votre autorisation d'exercer la profession infirmière au Canada pour **l'année en cours**. Le numéro d'inscription, le nom au complet et la date d'expiration doivent être faciles à lire.
- Si vous êtes infirmière autorisée exerçant en Ontario, joignez une copie de votre carte valide de membre de l'AIIAO (RNAO) pour obtenir le tarif accordé aux membres de l'AIC. ****Rappel pour les infirmières de l'Ontario : En devenant membre de l'AIIAO, vous pouvez automatiquement devenir membre de l'AIC et bénéficier ainsi d'une réduction d'environ 200 \$ pour une certification initiale, et d'environ 68 \$ pour le renouvellement de la certification. Consultez le Guide général de demande pour plus d'information.**

3 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ GÉNÉRAUX

- Indiquez l'option d'admissibilité que vous avez choisie pour faire votre demande (option A ou option B). Consultez le guide de demande pour plus d'information.
- Si vous avez choisi l'option B, annexez une copie de votre grade en sciences infirmières ou du certificat ou diplôme du programme postdiplôme suivi dans votre spécialité/domaine de pratique infirmière.
- Si vous êtes infirmière en stomathérapie, annexez une pièce officielle dans laquelle l'ACS atteste que vous avez suivi la totalité de son PFIS ou d'un autre PFIS qu'elle reconnaît.

4 – VÉRIFICATION DE L'EXPÉRIENCE DANS LA SPÉCIALITÉ/LE DOMAINE DE PRATIQUE INFIRMIÈRE

- Cette section est très importante pour déterminer votre admissibilité. Il faut qu'elle prouve clairement que vous avez travaillé le nombre d'heures exigées dans votre spécialité/domaine de pratique infirmière, en application de l'une ou de l'autre des deux options.

5 – ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE CONTINU

- Si vous faites demande de certification initiale par examen en santé du travail ou en stomathérapie, remplissez cette section (ou joignez une feuille séparée) et fournissez les documents justificatifs.
- Si vous renouvelez votre certification, vos activités d'AC doivent correspondre aux compétences définies pour votre spécialité/domaine de pratique infirmière.

6 – ATTESTATION D'UNE SUPERVISEURE OU D'UNE CONSEILLÈRE DANS LA SPÉCIALITÉ/DOMAINE DE PRATIQUE INFIRMIÈRE

- Vous **DEVEZ** faire remplir et signer cette section par une superviseure ou une conseillère dans votre spécialité/domaine de pratique infirmière, sinon votre demande ne sera pas examinée.

7 – ÉTUDES EN SCIENCES INFIRMIÈRES

- Si vous demandez l'inscription à l'examen en choisissant l'option B, votre demande ne sera examinée que si vous joignez une copie de votre grade en sciences infirmières ou du certificat/diplôme d'un programme postdiplôme dans votre spécialité/domaine de pratique infirmière. Les infirmières en stomathérapie doivent fournir une preuve de l'ACS attestant qu'elles ont suivi la totalité d'un PFIS.

8 – DÉCLARATION OFFICIELLE

- **Inscrivez la date et signez cette section**, sinon votre demande ne sera pas examinée.
- Indiquez si vous permettez ou non que les renseignements vous concernant soient divulgués à l'association nationale de votre spécialité/domaine de pratique infirmière.

9 – RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE D'EXAMEN

- Indiquez dans quelle langue vous désirez passer l'examen.
- Indiquez si vous désirez disposer d'une version traduite de l'examen comme outil de référence.
- Indiquez le code du centre d'examen et de la ville où vous désirez passer l'examen; consultez la liste complète des codes sur la face interne de la couverture du guide de demande.
- Le **Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen** peut être obtenu en téléphonant au 1-800-450-5206. Remplissez-le et envoyez-le avec votre demande. Veuillez noter que pour toute demande spéciale, l'AIC prendra la décision finale et que si votre demande est acceptée, vous serez responsable de trouver une surveillante pour l'examen.
- **Autres dispositions spéciales :** Si vous avez une invalidité vous empêchant de passer l'examen dans des conditions normales, vous pouvez demander la prise de dispositions spéciales. Sur le **Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen**, écrivez le code de la ville, et sur le **Formulaire général de demande**, écrivez S P A C 3 dans la section réservée au centre d'examen. Envoyez votre Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen avec votre demande. Pour que la demande soit considérée, vous devez aussi y joindre des documents justificatifs.
- **Centre d'examen de remplacement :** Si vous vivez à 200 km ou plus d'un centre d'examen, vous pouvez demander qu'un centre de remplacement soit établi pour vous, moyennant le paiement de frais administratifs de 75 \$ + TPS ou TVH par candidate. Sur le **Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen**, écrivez le code de la ville et sur le **Formulaire général de demande**, dans la section réservée au centre d'examen, écrivez S B W C 1. Envoyez le Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen avec votre demande.
- **Autre date d'examen :** Si vos croyances religieuses ou d'autres raisons vous empêchent de vous présenter à l'examen le samedi fixé pour l'examen, vous pouvez demander à le passer la veille (vendredi). Sur le **Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen**, écrivez le code de la ville et sur le **Formulaire général de demande**, écrivez A L W D 2 dans la section réservée au centre d'examen. Remplissez ensuite la section appropriée du Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen et envoyez ce dernier avec votre demande. Pour que la demande soit considérée, vous devez aussi y joindre des documents justificatifs.

10 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT

- Écrivez le montant des frais s'appliquant à votre cas (membre/non-membre, TPS/TVH).
- **Sachez que toutes les taxes sont déjà comprises dans les frais de demande. Vous n'avez pas à en calculer d'autres.**
- Si quelqu'un d'autre que vous (p. ex., votre employeur) effectue le paiement, veuillez indiquer son nom dans l'espace approprié. Le reçu sera émis au nom de cette personne ou de cet organisme.
- Indiquez si vous payez par chèque, carte de crédit (Visa, MasterCard), ou mandat.
- Le traitement des paiements et l'examen des demandes sont deux processus indépendants. *Le traitement du paiement ne signifie PAS qu'on a autorisé votre inscription à l'examen ou au renouvellement.*

SOUVENEZ-VOUS :

- de remplir et de signer le formulaire Règlement par carte de crédit, si vous choisissez ce mode de paiement;
- qu'il FAUT joindre à votre demande le Formulaire de demandes spéciales relatives au centre d'examen si vous avez besoin de dispositions spéciales pour l'examen;
- qu'il FAUT joindre à votre demande tous les documents justificatifs nécessaires (autorisation d'exercer, copies des diplômes ou grades, renseignements sur l'apprentissage continu, paiement);
- que si vous avez rempli convenablement votre demande, on vous indiquera, dans un délai maximum de huit semaines suivant sa réception à l'AIC, si on vous autorise à vous présenter à l'examen de certification;
- que tout renseignement manquant retardera le traitement de votre demande.

DATES À RETENIR :	DATE LIMITE DE DEMANDE D'INSCRIPTION À L'EXAMEN,	DATE LIMITE DE DEMANDE DE RENOUVELLEMENT,	DATE DE L'EXAMEN,
	LE 15 OCTOBRE 2010	LE 26 NOVEMBRE 2010	LE SAMEDI 9 AVRIL 2011

FRAIS ET REMBOURSEMENTS :

- Des frais non remboursables de 90 \$ + TPS ou TVH sont retenus sur toutes les demandes.
- Frais additionnels retenus sur le remboursement en cas de retrait tardif dans les 30 jours précédant l'examen : 100 \$ + TPS ou TVH.
- Des frais d'administration de 20 \$ + TPS et TVH sont exigés pour tout retour de paiement non approuvé.
- Des frais de 10 \$ + TPS ou TVH sont exigés pour émettre un duplicata du reçu.

Veuillez téléphoner au 1-800-450-5206 pour toute question sur la manière de remplir votre demande.