



L'Ordre des homéopathes de l'Ontario
163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1
TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780
TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077
www.collegeofhomeopaths.on.ca

Formulaire A.1

Usage interne seulement Office Use Only	
Date Received:	
Staff Reviewer:	
Application Number:	

Demande d'inscription dans la Classe Générale

L'Ordre des homéopathes de l'Ontario

Pour des informations détaillées sur la façon de remplir ce formulaire, veuillez consulter le Guide de transfert de Classe d'inscription dans la Classe Générale. Veuillez écrire en lettres moulées.

SECTION 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES			
1.a) Nom légal actuel			
Prénom légal :	Deuxième prénom légal :	Nom de famille légal :	
Avez-vous déjà été connu sous un autre nom? <input type="checkbox"/> Oui, complétez Section 1.b) (Attachez des feuilles supplémentaires si nécessaire) <input type="checkbox"/> Non, procédez à la Section 1.c)			
Noms antérieurs			
Prénom antérieur :	Deuxième prénom antérieur :	Nom de famille antérieur :	
Connu sous ce nom de (jour/mois/année) : _____ à (jour/mois/année) : _____			
Prénom antérieur :	Deuxième prénom antérieur :	Nom de famille antérieur :	
Connu sous ce nom de (jour/mois/année) : _____ à (jour/mois/année) : _____			
Prénom antérieur :	Deuxième prénom antérieur :	Nom de famille antérieur :	
Connu sous ce nom de (jour/mois/année) : _____ à (jour/mois/année) : _____			
1.c) Autres noms			
Avez-vous un surnom ou une abréviation de votre nom sous lequel vous pratiquez et aimeriez inclure dans le registre public? <input type="checkbox"/> Oui, complétez ces informations ci-dessous. <input type="checkbox"/> Non, procédez à la Section 1.d)			
Surnom ou abréviation du nom :			
1.d) Date de naissance			1.e) Sexe
_____/_____/_____ Jour Mois Année			<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
1.f) Langue préférée			
Dans quelle langue préférez-vous communiquer avec l'Ordre? <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français			
1.g) Documents d'identité			
Je soumetts les copies notariées des documents suivants pour valider mon nom légal actuel et mon nom antérieur (le cas échéant)			
Type de document fourni	Numéro de document	Date d'expiration (le cas échéant)	Nom tel qu'il apparaît sur le document



L'Ordre des homéopathes de l'Ontario
163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1
TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780
TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077
www.collegeofhomeopaths.on.ca

SECTION 2 : COORDONNÉES

2.a) Adresse du domicile			
Numéro et nom de la rue :			Unité/Bureau :
Ville :	Province:	Pays :	Code postal :
Téléphone :	Télécopieur :	Adresse électronique :	
2.b) Adresse de l'entreprise Adresse No. 1			
Toutes les adresses d'entreprises doivent être énumérées. <i>(Attachez des feuilles supplémentaires si nécessaire).</i>			
Nom de l'entreprise :			
Numéro et nom de la rue :			Unité/Bureau :
Ville :	Province:	Pays :	Code postal :
Téléphone :	Télécopieur :	Adresse électronique :	
2.c) Adresse de l'entreprise Adresse No. 2			
Nom de l'entreprise :			
Numéro et nom de la rue :			Unité/Bureau :
Ville :	Province:	Pays :	Code postal :
Téléphone :	Télécopieur :	Adresse électronique :	
2.d) Adresse de l'entreprise Adresse No. 3			
Nom de l'entreprise :			
Numéro et nom de la rue :			Unité/Bureau :
Ville :	Province:	Pays :	Code postal :
Téléphone :	Télécopieur :	Adresse électronique :	
2.e) Contact préférentiel			
Adresse de courriel préférentielle pour communiquer avec l'Ordre :			
Adresse postale préférentielle pour communiquer avec l'Ordre:		<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Entreprise 1 <input type="checkbox"/> Entreprise 2 <input type="checkbox"/> Entreprise 3	



L'Ordre des homéopathes de l'Ontario
 163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1
 TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780
 TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077
 www.collegeofhomeopaths.on.ca

3.b) Éducation sans lien à l'homéopathie

J'ai reçu une éducation non formelle dans la pratique de l'homéopathie. *Si le casier est coché, veuillez compléter la section ci-dessous.*

Indiquez le niveau d'éducation complété le plus élevé obtenu sans lien avec l'homéopathie :

Diplôme Baccalauréat Maîtrise Doctorat Doctorat professionnel Autre

Indiquez le domaine d'étude pour le niveau d'éducation complété le plus élevé obtenu sans lien avec l'homéopathie :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Science générale de la réadaptation
<input type="checkbox"/> Science de laboratoire médical
<input type="checkbox"/> Administration publique
<input type="checkbox"/> Santé publique
<input type="checkbox"/> Gériatologie
<input type="checkbox"/> Psychologie
<input type="checkbox"/> Sciences physiques
<input type="checkbox"/> Éducation | <input type="checkbox"/> Science de laboratoire médica
<input type="checkbox"/> Mathématiques, Informatique
<input type="checkbox"/> Administration/gestion de la santé
<input type="checkbox"/> Kinésiologie/science de l'exercice
<input type="checkbox"/> Professions de la santé/Sciences cliniques connexes
<input type="checkbox"/> Entreprise, Gestion, Marketing et connexe | <input type="checkbox"/> Administration publique
<input type="checkbox"/> Ingénierie
<input type="checkbox"/> Sciences sociales, Arts et sciences humaines
<input type="checkbox"/> Sciences biologiques et biomédicales
<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Autre : _____ |
|--|--|---|

Indiquez l'endroit de l'éducation ci-dessus :

Pays :

Province/État (si au Canada ou États-Unis) :

En quelle année avez-vous gradué et de quel programme éducatif indiqué ci-dessus?

SECTION 4 : DOCUMENTATION À JOUR

Cela fait **plus de** 12 mois depuis que j'ai complété mon programme en homéopathie et/ou mon expérience clinique.

Si la case est cochée, veuillez compléter les Sections 4.a) et 4.b) ci-dessous.

Cela fait **moins de** 12 mois depuis que j'ai complété mon programme en homéopathie et/ou mon expérience clinique.

Si la case est cochée, veuillez procéder à la Section 5

Date de début de la période de 36 mois (mm/aa) :

Date de fin de la période de 36 mois (mm/aa) :

4.a) Expérience clinique / Heures de contact direct avec les patients pendant la période de trois (3) ans immédiatement avant la demande. (Attachez des feuilles supplémentaires si nécessaire).

Année	Heures d'admission (2 heures par visite sont acceptées)	Heures de suivi (1 heure par visite est acceptée)	Heures totales
Nombre total d'heures en expérience clinique :			



L'Ordre des homéopathes de l'Ontario
 163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1
 TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780
 TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077
 www.collegeofhomeopaths.on.ca

4.b) Expérience Non clinique / Heures de contact direct avec les patients pendant la période de trois (3) ans immédiatement avant la demande. (Attachez des feuilles supplémentaires si nécessaire).		
Année	Type d'expérience	Heures
Nombre total d'heures en expérience non clinique :		

SECTION 5 : PRATIQUE ANTÉRIEURE				
Avez-vous pratiqué l'homéopathie auparavant?				
<input type="checkbox"/> Oui, complétez Section la 5.a) à 5.h) ci-dessous. <input type="checkbox"/> Non, procédez à la Section 6.				
5.a) Dans quel pays avez-vous commencé la pratique de l'homéopathie?		5.b) En quelle année avez-vous commencé la pratique de l'homéopathie?		5.c) En quelle année avez-vous commencé la pratique de l'homéopathie au Canada?
5.d) Si le pays dans lequel vous avez commencé la pratique de l'homéopathie était le Canada ou les États-Unis, veuillez indiquer la province, le territoire ou l'état :				
<input type="checkbox"/> Alberta	<input type="checkbox"/> Colombie-Britannique	<input type="checkbox"/> Manitoba	<input type="checkbox"/> Nouveau Brunswick	<input type="checkbox"/> Terre-Neuve
<input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse	<input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest	<input type="checkbox"/> Nunavut	<input type="checkbox"/> Ontario	<input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard
<input type="checkbox"/> Québec	<input type="checkbox"/> Saskatchewan	<input type="checkbox"/> Yukon	<input type="checkbox"/> États-Unis, état :	
5.e) Si le pays dans lequel vous avez commencé la pratique de l'homéopathie n'était pas le Canada, veuillez indiquer la première location canadienne de pratique.				
<input type="checkbox"/> Alberta	<input type="checkbox"/> Colombie-Britannique	<input type="checkbox"/> Manitoba	<input type="checkbox"/> Nouveau Brunswick	<input type="checkbox"/> Terre-Neuve
<input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse	<input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest	<input type="checkbox"/> Nunavut	<input type="checkbox"/> Ontario	<input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard
<input type="checkbox"/> Québec	<input type="checkbox"/> Saskatchewan	<input type="checkbox"/> Yukon	<input type="checkbox"/> N/D	
5.f) Dans quel pays avez-vous récemment pratiqué le plus?				
5.g) Dans quel pays ou état avez-vous récemment pratiqué le plus?				
<input type="checkbox"/> Alberta	<input type="checkbox"/> Colombie-Britannique	<input type="checkbox"/> Manitoba	<input type="checkbox"/> Nouveau Brunswick	<input type="checkbox"/> Terre-Neuve
<input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse	<input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest	<input type="checkbox"/> Nunavut	<input type="checkbox"/> Ontario	<input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard
<input type="checkbox"/> Québec	<input type="checkbox"/> Saskatchewan	<input type="checkbox"/> Yukon	<input type="checkbox"/> États-Unis, état :	
5.h) Quelle était la dernière année où vous avez pratiqué à l'endroit noté au 5.g)?				



L'Ordre des homéopathes de l'Ontario
163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1
TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780
TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077
www.collegeofhomeopaths.on.ca

SECTION 6 : ÉVALUATION INDIVIDUELLE

J'ai terminé avec succès l'évaluation individuelle.

Date complétée (jour/mois/année) : _____ / _____ / _____

SECTION 7 : JURISPRUDENCE

J'ai terminé avec succès le cours de Jurisprudence de l'Ordre.

Date complétée (jour/mois/année) : _____ / _____ / _____

SECTION 8 : PREMIERS SOINS ET RCR

8.a) Complétion des Premiers Soins

J'ai terminé avec succès le cours de secourisme général à titre de fournisseur de soins de santé

Date complétée (jour/mois/année) : _____ / _____ / _____

8.b) Complétion de Professionnel de la Santé RCR

J'ai terminé avec succès le cours de Professionnel de la Santé RCR.

Date complétée (jour/mois/année) : _____ / _____ / _____

SECTION 9 : MAÎTRISE LINGUISTIQUE

9.a) Démonstration de maîtrise linguistique en anglais ou en français

Je déclare l'anglais ou le français ma première langue et de pouvoir parler, lire et écrire cette langue avec une maîtrise raisonnable afin de fournir des services homéopathiques dans cette langue.

J'ai complété un programme postsecondaire en homéopathie enseigné en anglais ou en français.

J'ai complété un programme postsecondaire en homéopathie qui a été enseigné en anglais ou en français.

9.b) Langues utilisées en pratique. Indiquez toutes les langues avec lesquelles vous pouvez fournir des services homéopathiques de manière compétente.

Anglais

Français

Autre :

Autre :

Autre :

Autre :



L'Ordre des homéopathes de l'Ontario
163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1
TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780
TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077
www.collegeofhomeopaths.on.ca

SECTION 10 : ASSURANCE RESPONSABILITÉ

Je détiens présentement une Assurance Responsabilité professionnelle qui couvre ma pratique homéopathique.

(Si la case est cochée, complétez la section ci-dessous.)

Nom de l'Assureur :

Nom du Courtier :

Numéro de police :

Montant de la couverture annuelle globale :

Date de début (jour/mois/année) :

____ / ____ / ____

Date d'expiration (jour/mois/année) :

____ / ____ / ____

Je déclare être admissible pour une Couverture d'Assurance Responsabilité professionnelle.

SECTION 11 : VÉRIFICATION DES ANTÉCÉDENTS CRIMINELS

J'ai complété une Vérification des Antécédents criminels.

Date complétée (jour/mois/année) : ____ / ____ / ____

SECTION 12 : HISTOIRE DE LA RÉGLEMENTATION

12.a) Affiliations professionnelles

Énumérez tous les organismes de réglementation de la santé dont vous avez été membre. Toutes les affiliations doivent être énumérées.

(Attachez des feuilles supplémentaires si nécessaire).

Organisme professionnel 1 :

Numéros d'inscription et d'identification :

Province/État :

Pays :

Organisme professionnel 2 :

Numéros d'inscription et d'identification :

Province/État :

Pays :

Organisme professionnel 3 :

Numéros d'inscription et d'identification :

Province/État :

Pays :

Organisme professionnel 4 :

Numéros d'inscription et d'identification :

Province/État :

Pays :



L'Ordre des homéopathes de l'Ontario
163 rue Queen est, 4e étage, Toronto, Ontario, M5A 1S1
TÉL 416-862-4780 OU 1-844-862-4780
TÉLÉCOPIEUR 416-874-4077
www.collegeofhomeopaths.on.ca

Section 12.b) Divulgence de procédures en poursuites réglementaires et juridiques antérieure

Vous devez répondre à chaque question ci-dessous. Si vous répondez « oui » à l'une ou l'autre des questions énumérées, vous devez fournir les détails pour chaque réponse « oui » sur une feuille séparée. Pour des informations sur les détails requis, consultez le Guide de Demande.

En Ontario, ou dans toute autre juridiction, par rapport à toute profession réglementée, faites-vous l'objet de ou avez-vous été l'objet :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| i. d'un acte d'inconduite professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou autre conclusion du même genre? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ii. de procédures actuelles pour acte d'inconduite professionnelle, incompétence, incapacité ou autre conclusion du même genre? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| iii. d'un acte de négligence ou faute professionnelle? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

En Ontario, ou dans toute autre juridiction, en relation à toute profession de santé réglementée, avez-vous déjà :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| iv. été refusé une inscription ou une autorisation d'exercer? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| v. échoué une inscription requise ou un examen pour l'obtention d'une licence? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| vi. omis d'être en règle avec l'organisme de réglementation au moment où vous avez cessé d'être inscrit ou sous licence? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| vii. été non conforme pour les paiements de frais à l'organisme de réglementation? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| viii. été non conforme avec l'obligation de fournir des informations? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ix. été l'objet d'une enquête par l'organisme de réglementation? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| x. été l'objet de sanctions imposées par l'organisme de réglementation? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Avez-vous déjà été reconnue coupable :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| xi. d'une infraction criminelle? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| xii. d'une infraction entraînant une amende plus élevée que 1,000 \$ ou toute autre forme de détention provisoire ou garde à vue? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Section 12.c) Divulgence d'autres informations

Existe-t-il d'autres événements, circonstances, conditions ou éléments non mentionnés ci-dessus qui établiraient des motifs raisonnables de croire que vous ne pratiqueriez pas l'homéopathie d'une manière sécuritaire et professionnelle?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

SECTION 13 : PAIEMENT DES FRAIS

Méthode de paiement

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chèque certifié/Mandat poste | <input type="checkbox"/> Carte de crédit (Si la case est cochée, vous devez soumettre le formulaire de paiement par carte de crédit avec votre demande.) |
|---|--|

SECTION 14 : SIGNATURE D'AUTORISATION

Les informations contenues dans cette demande sont authentiques et exactes autant que je sache.

Signature du demandeur

Date de la signature

Votre demande sera traitée lorsque tous les documents auront été reçus. Les demandes complétées seront traitées dans l'ordre reçu et le plus rapidement possible. Au cours de la première année suivant la proclamation, il est possible que le traitement des applications complétées puisse prendre jusqu'à 12 semaines, car l'Ordre clarifiera et raffiner la procédure pendant cette période afin d'assurer une révision transparente, objective, impartiale et équitable des demandes.

Compléter cette demande et soumettre les documents notariés pour l'inscription n'implique pas, en aucun cas, que vous êtes inscrit avec l'Ordre. Sans un Certificat d'Inscription approuvé, vous ne pouvez pratiquer ou vous présenter en tant qu'Homéopathe.