

## Demande d'inscription à un examen pour obtenir un titre de compétence – candidat externe

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET COORDONNÉES (VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT OU TAPER)	
<hr/> <b>Prénom</b>	<hr/> <b>Nom de famille</b>
<hr/> <b>Autre prénom / Initiale</b>	<hr/> <b>N° d'Échographie Canada (le cas échéant)</b>
<hr/> <b>Adresse (Ligne 1)</b>	<hr/> <b>Adresse (Ligne 2) (indiquez n° d'appartement/bureau)</b>
<hr/> <b>Casier postal ou route rurale (le cas échéant)</b>	<hr/> <b>Ville</b>
<hr/> <b>Province</b>	<hr/> <b>Code postal</b>
<hr/> <b>Pays</b>	
<hr/> <b>N° de téléphone</b>	<hr/> <b>Courriel</b>

2. INFORMATION PRÉREQUISE ET DOCUMENTATION REQUISE	
<b>Avez-vous obtenu l'autorisation d'Échographie Canada de faire l'examen ou les examens?</b>	<b>Veillez indiquer la date d'autorisation</b>
<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> <b>Jour Mois Année</b>

AUTORISATIONS	
<b>Pouvons-nous ajouter votre nom à une liste publiée d'échographistes ayant récemment obtenu leur titre de compétence?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>

1. MESURES D'ADAPTATION		
Demandez-vous des mesures d'adaptation pour des besoins spéciaux lors de votre examen(s)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, avez-vous annexé le formulaire Demande de mesures d'adaptation lors d'un examen d'Échographie Canada, et les documents justificatifs?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indiquez l'examen ou les examens demandés en cochant la case appropriée(s).</li> <li>▪ Veuillez choisir le centre d'examen où vous désirez passer votre examen.</li> </ul>		
Date de l'examen		Centre d'examen
<b>Examens de base et Généraliste</b> <input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> De base (français) <input type="checkbox"/> Généraliste (français)	<input type="checkbox"/> Burnaby, C.-B.	<input type="checkbox"/> Calgary, Alb.
	<input type="checkbox"/> Edmonton, Alb.	<input type="checkbox"/> Ottawa, Ont.
	<input type="checkbox"/> Toronto, Ont.	<input type="checkbox"/> Hamilton, Ont.
	<input type="checkbox"/> London, Ont.	<input type="checkbox"/> Halifax, N.-É.
	<input type="checkbox"/> Sudbury, Ont.	<input type="checkbox"/> Moncton, N.-B.
	<input type="checkbox"/> Windsor, Ont.	<input type="checkbox"/> Winnipeg, Man.
	<input type="checkbox"/> St. John's, T.-N.-L.	<input type="checkbox"/> Autre
<b>Examens Cardiaque et/ou Vasculaire</b> <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Vasculaire	<input type="checkbox"/> Burnaby, C.-B.	<input type="checkbox"/> Calgary, Alb.
	<input type="checkbox"/> Edmonton, Alb.	<input type="checkbox"/> Toronto, Ont.
	<input type="checkbox"/> Hamilton, Ont.	<input type="checkbox"/> Winnipeg, Man.
<p align="center"><b>Tous les centres d'examen peuvent être modifiés en fonction de la disponibilité. Les préférences des centres sont attribuées selon le critère premier arrivé, premier servi.</b></p>		
<p><b>Pour les candidats qui souhaitent faire l'examen d'Échographie Canada en anglais, mais pour qui l'anglais n'est pas la langue première, Échographie Canada recommande une note minimale de 80 au test d'anglais comme langue étrangère (test TOEFL) obtenue au cours des deux dernières années.   <input type="checkbox"/> TOEFL 80</b></p>		

3. FRAIS DES EXAMENS		
<p><b>Veuillez indiquer les examens demandés, les frais applicables et le total des frais annexés à la présente demande. (NOTA : les trois composantes de l'examen de généraliste sont requises pour obtenir le titre de compétence CRGS®)</b></p>		
<b>Examen de base</b>	<input type="checkbox"/>	<b>200,00 \$</b>
<b>Examen Généraliste (les 3 composantes)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>500,00 \$</b>
Composante obstétricale/gynécologique	<input type="checkbox"/>	200,00 \$
Composante abdominale / structures superficielles	<input type="checkbox"/>	200,00 \$
Composante vasculaire / Généraliste	<input type="checkbox"/>	200,00 \$
<b>Examen Cardiaque</b>	<input type="checkbox"/>	<b>500,00 \$</b>

<b>Examen Vasculaire</b>	<input type="checkbox"/>	<b>500,00 \$</b>
<b>Frais administratifs de demande d'examen</b>	Ajoutez au total ces frais obligatoires et non remboursables	<b>125,00 \$</b>
	<b>TOTAL DES FRAIS :</b>	<b>\$</b>

#### 4. MODALITÉ DE PAIEMENT

**Chèque** (À l'ordre d'Échographie Canada; nous n'acceptons PAS de chèques postdatés)

**Mandat-poste**

**MasterCard**     **VISA**

**Montant :**

\_\_\_\_\_

**Numéro de la carte de crédit :**

**Date d'expiration :**

\_\_\_\_\_

**Mois / Année**

**Code de sécurité :** \_\_\_\_\_

**Nom tel qu'il apparaît sur la carte de crédit :**

**Signature du détenteur :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5. CONFIRMATION ET PROTOCOLE D'ACCORD

J'atteste par la présente que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, complets et exacts.

J'ai été avis(e) des exigences liées à l'obtention de titres de compétence et accepte de respecter les règles et les règlements du processus d'examen, tel qu'il est décrit par Échographie Canada. J'ai lu et je comprends les modalités et les conditions du Guide d'examen actuel d'Échographie Canada, tel qu'on le retrouve sur le site Web d'Échographie Canada. Je suis entièrement conforme et accepte de me conformer à l'ensemble des modalités à cet égard. Je comprends qu'Échographie Canada se réserve le droit de refuser ma demande; de révoquer mon admissibilité comme candidat ou de prendre des mesures contre moi en ma capacité d'inscrire si la documentation que je fournis s'avérerait frauduleuse ou constituerait une fausse représentation des faits.

Je reconnais qu'Échographie Canada peut divulguer à des tiers mes renseignements personnels contenus dans la présente (en totalité ou en partie) dans le seul but d'en vérifier l'exactitude. Je consens à cette divulgation à condition qu'avant de divulguer tout renseignement personnel à un tiers quelconque dans un tel but, Échographie Canada signe une entente avec cette tierce partie en vertu de laquelle les renseignements doivent être utilisés dans le seul but d'en vérifier l'exactitude et que des mesures de confidentialité au moins aussi rigoureuses que celles d'Échographie Canada soient maintenues. Je consens également à ce que des tiers divulguent mes renseignements personnels à Échographie Canada afin que celle-ci puisse traiter ma demande et vérifier l'exactitude de l'information fournie dans la présente demande.

J'ai lu et je comprends la Politique de confidentialité d'Échographie Canada et je suis d'accord avec la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels dans les buts mentionnés dans la Politique de confidentialité d'Échographie Canada

J'accepte de respecter le Code d'éthique de la profession d'échographiste tel que présenté dans le Guide de l'examen d'Échographie Canada, et de respecter tout autre règlement et toutes autres politiques en lien avec cette demande et avec les normes et le renouvellement de tout titre de compétence que je pourrais obtenir auprès d'Échographie Canada.

