



Année _____

Nom : _____ Numéro de permis : _____

Si vous exercez la profession à titre de travailleur autonome ou pour le compte d'une agence de placement ou d'une entreprise privée et que vous rendez des services d'ergothérapie dans plusieurs milieux de pratique différents au cours de l'année, vous n'êtes pas tenu de faire, en ligne, la mise à jour de vos renseignements professionnels pour chaque milieu de pratique où vous remplissez un contrat.

Toutefois, **vous devez absolument tenir un registre** de tous les lieux où vous avez exercé la profession au cours d'une année. L'Ordre peut en tout temps vous demander de lui fournir ce registre.

L'Ordre met à votre disposition un registre dans lequel vous pouvez consigner les renseignements exigés sur votre pratique professionnelle. Si vous n'utilisez pas ce modèle, vous devez vous assurer que votre registre personnel contient tous les renseignements demandés ci-dessous.

Veillez vous référer au guide en annexe pour fournir les renseignements requis sur votre pratique professionnelle.

1

Période

DATE DE DÉBUT DANS CE LIEU :	DATE DE FIN DANS CE LIEU :	NOMBRE D'HEURES EXERCÉES DANS CE LIEU AU COURS DE CETTE PÉRIODE :
JOUR MOIS AN	JOUR MOIS AN	

Identification du lieu d'exercice

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION / SITE OU PAVILLON / NOM DE L'ENTREPRISE / POINT DE SERVICE :

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE (N°, rue, bureau ou étage) :

VILLE, PROVINCE, PAYS : CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE : POSTE TÉLÉPHONIQUE : TÉLÉCOPIEUR : TÉLÉPHONE SANS FRAIS :

Milieu de pratique dans le secteur public ou le secteur privé ? Secteur public Secteur privé

Si secteur privé : Recevez-vous des clients dans ce lieu? Oui Non

Renseignements professionnels dans ce lieu d'exercice - Veuillez utiliser les codes apparaissant dans le guide en annexe

Fonctions occupées	Domaine	Type de milieu

1 (SUITE)

Clientèles desservies

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er} 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Services offerts

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux principaux types de services offerts aux clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er} 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déficiences, troubles ou affections de la clientèle

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er} 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités professionnelles particulières

Indiquez les codes correspondant à chacune des activités professionnelles que vous exercez auprès des clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice. Pour connaître ces codes, consultez le Guide. N'inscrivez rien si vous n'en exercez aucune.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom : _____

Numéro de permis : _____

2

Période

DATE DE DÉBUT DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

DATE DE FIN DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

NOMBRE D'HEURES EXERCÉES DANS CE LIEU AU COURS DE CETTE PÉRIODE :

--	--

Identification du lieu d'exercice

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION / SITE OU PAVILLON / NOM DE L'ENTREPRISE / POINT DE SERVICE :

--

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE (N°, rue, bureau ou étage) :

--

VILLE, PROVINCE, PAYS :

--

CODE POSTAL :

--

TÉLÉPHONE :

--

POSTE TÉLÉPHONIQUE :

--

TÉLÉCOPIEUR :

--

TÉLÉPHONE SANS FRAIS :

--

Milieu de pratique dans le secteur public ou le secteur privé ? Secteur public Secteur privé

Si secteur privé : Recevez-vous des clients dans ce lieu ? Oui Non

Renseignements professionnels dans ce lieu d'exercice - Veuillez utiliser les codes apparaissant dans le guide en annexe

Fonctions occupées

--	--	--	--	--	--	--	--

Domaine

--

Type de milieu

--

Clientèles desservies

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Services offerts

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux principaux types de services offerts aux clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 (SUITE)

Déficiences, troubles ou affections de la clientèle

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités professionnelles particulières

Indiquez les codes correspondant à chacune des activités professionnelles que vous exercez auprès des clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice. Pour connaître ces codes, consultez le Guide. N'inscrivez rien si vous n'en exercez aucune.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom : _____

Numéro de permis : _____

3

Période

DATE DE DÉBUT DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

DATE DE FIN DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

NOMBRE D'HEURES EXERCÉES DANS CE LIEU AU COURS DE CETTE PÉRIODE :

--	--

Identification du lieu d'exercice

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION / SITE OU PAVILLON / NOM DE L'ENTREPRISE / POINT DE SERVICE :

--

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE (N°, rue, bureau ou étage) :

--

VILLE, PROVINCE, PAYS :

--

CODE POSTAL :

--

TÉLÉPHONE :

--

POSTE TÉLÉPHONIQUE :

--

TÉLÉCOPIEUR :

--

TÉLÉPHONE SANS FRAIS :

--

Milieu de pratique dans le secteur public ou le secteur privé ? Secteur public Secteur privé

Si secteur privé : Recevez-vous des clients dans ce lieu? Oui Non

Renseignements professionnels dans ce lieu d'exercice - Veuillez utiliser les codes apparaissant dans le guide en annexe

Fonctions occupées

--	--	--	--	--	--	--	--

Domaine

--

Type de milieu

--

Clientèles desservies

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

1^{er}	Occasionnellement	Fréquemment	3^e	Occasionnellement	Fréquemment		
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2^e			4^e				
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Services offerts

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux principaux types de services offerts aux clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

1^{er}	Occasionnellement	Fréquemment	3^e	Occasionnellement	Fréquemment		
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2^e			4^e				
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 (SUITE)

Déficiences, troubles ou affections de la clientèle

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er} 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités professionnelles particulières

Indiquez les codes correspondant à chacune des activités professionnelles que vous exercez auprès des clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice. Pour connaître ces codes, consultez le Guide. N'inscrivez rien si vous n'en exercez aucune.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom : _____

Numéro de permis : _____

4

Période

DATE DE DÉBUT DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

DATE DE FIN DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

NOMBRE D'HEURES EXERCÉES DANS CE LIEU AU COURS DE CETTE PÉRIODE :

--	--

Identification du lieu d'exercice

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION / SITE OU PAVILLON / NOM DE L'ENTREPRISE / POINT DE SERVICE :

--

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE (N°, rue, bureau ou étage) :

--

VILLE, PROVINCE, PAYS :

--

CODE POSTAL :

--

TÉLÉPHONE :

--

POSTE TÉLÉPHONIQUE :

--

TÉLÉCOPIEUR :

--

TÉLÉPHONE SANS FRAIS :

--

Milieu de pratique dans le secteur public ou le secteur privé ? Secteur public Secteur privé

Si secteur privé : Recevez-vous des clients dans ce lieu? Oui Non

Renseignements professionnels dans ce lieu d'exercice - Veuillez utiliser les codes apparaissant dans le guide en annexe

Fonctions occupées								Domaine	Type de milieu

Clientèles desservies

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

1 ^{er}	Occasionnellement	Fréquemment	3 ^e	Occasionnellement	Fréquemment
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Services offerts

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux principaux types de services offerts aux clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

1 ^{er}	Occasionnellement	Fréquemment	3 ^e	Occasionnellement	Fréquemment
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 (SUITE)

Déficiences, troubles ou affections de la clientèle

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er} 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités professionnelles particulières

Indiquez les codes correspondant à chacune des activités professionnelles que vous exercez auprès des clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice. Pour connaître ces codes, consultez le Guide. N'inscrivez rien si vous n'en exercez aucune.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom : _____

Numéro de permis : _____

5

Période

DATE DE DÉBUT DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

DATE DE FIN DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

NOMBRE D'HEURES EXERCÉES DANS CE LIEU AU COURS DE CETTE PÉRIODE :

--	--

Identification du lieu d'exercice

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION / SITE OU PAVILLON / NOM DE L'ENTREPRISE / POINT DE SERVICE :

--

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE (N°, rue, bureau ou étage) :

--

VILLE, PROVINCE, PAYS :

--

CODE POSTAL :

--

TÉLÉPHONE :

--

POSTE TÉLÉPHONIQUE :

--

TÉLÉCOPIEUR :

--

TÉLÉPHONE SANS FRAIS :

--

Milieu de pratique dans le secteur public ou le secteur privé ? Secteur public Secteur privé

Si secteur privé : Recevez-vous des clients dans ce lieu? Oui Non

Renseignements professionnels dans ce lieu d'exercice - Veuillez utiliser les codes apparaissant dans le guide en annexe

Fonctions occupées

--	--	--	--	--	--	--	--

Domaine

--

Type de milieu

--

Clientèles desservies

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Occasionnellement	Fréquemment
3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Services offerts

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux principaux types de services offerts aux clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Occasionnellement	Fréquemment
3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 (SUITE)

Déficiences, troubles ou affections de la clientèle

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er} 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités professionnelles particulières

Indiquez les codes correspondant à chacune des activités professionnelles que vous exercez auprès des clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice. Pour connaître ces codes, consultez le Guide. N'inscrivez rien si vous n'en exercez aucune.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom : _____

Numéro de permis : _____

6

Période

DATE DE DÉBUT DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATE DE FIN DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOMBRE D'HEURES EXERCÉES DANS CE LIEU AU COURS DE CETTE PÉRIODE :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Identification du lieu d'exercice

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION / SITE OU PAVILLON / NOM DE L'ENTREPRISE / POINT DE SERVICE :

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE (N°, rue, bureau ou étage) :

VILLE, PROVINCE, PAYS :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

POSTE TÉLÉPHONIQUE :

TÉLÉCOPIEUR :

TÉLÉPHONE SANS FRAIS :

Milieu de pratique dans le secteur public ou le secteur privé ? Secteur public Secteur privé

Si secteur privé : Recevez-vous des clients dans ce lieu? Oui Non

Renseignements professionnels dans ce lieu d'exercice - Veuillez utiliser les codes apparaissant dans le guide en annexe

Fonctions occupées

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Domaine

Type de milieu

Clientèles desservies

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Services offerts

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux principaux types de services offerts aux clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 (SUITE)

Déficiences, troubles ou affections de la clientèle

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er} 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités professionnelles particulières

Indiquez les codes correspondant à chacune des activités professionnelles que vous exercez auprès des clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice. Pour connaître ces codes, consultez le Guide. N'inscrivez rien si vous n'en exercez aucune.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom : _____

Numéro de permis : _____

7

Période

DATE DE DÉBUT DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

DATE DE FIN DANS CE LIEU :

JOUR	MOIS	AN

NOMBRE D'HEURES EXERCÉES DANS CE LIEU AU COURS DE CETTE PÉRIODE :

--	--

Identification du lieu d'exercice

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION / SITE OU PAVILLON / NOM DE L'ENTREPRISE / POINT DE SERVICE :

--

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE (N°, rue, bureau ou étage) :

--

VILLE, PROVINCE, PAYS :

--

CODE POSTAL :

--

TÉLÉPHONE :

--

POSTE TÉLÉPHONIQUE :

--

TÉLÉCOPIEUR :

--

TÉLÉPHONE SANS FRAIS :

--

Milieu de pratique dans le secteur public ou le secteur privé ? Secteur public Secteur privé

Si secteur privé : Recevez-vous des clients dans ce lieu? Oui Non

Renseignements professionnels dans ce lieu d'exercice - Veuillez utiliser les codes apparaissant dans le guide en annexe

Fonctions occupées

--	--	--	--	--	--	--	--

Domaine

--

Type de milieu

--

Clientèles desservies

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Services offerts

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux principaux types de services offerts aux clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 (SUITE)

Déficiences, troubles ou affections de la clientèle

Indiquez, par ordre de priorité, les codes correspondant aux groupes d'âge de la clientèle que vous desservez dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix). Pour connaître ces codes, consultez le Guide.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
1 ^{er} 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ^e 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités professionnelles particulières

Indiquez les codes correspondant à chacune des activités professionnelles que vous exercez auprès des clientèles que vous desservez dans ce lieu d'exercice. Pour connaître ces codes, consultez le Guide. N'inscrivez rien si vous n'en exercez aucune.

	Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment		Occasionnellement	Fréquemment
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe · Guide pour l'inscription des renseignements professionnels

Fonctions occupées

Indiquez toutes les fonctions que vous avez occupées dans ce lieu d'exercice.

Code	Signification
01	Prestation de services d'ergothérapie fournis directement à un client ou conçus pour un client (clinicien)
02	Coordination des services aux clients selon les normes et les règles de l'organisation (gestion des clients en attente; attribution des nouveaux dossiers; gestion des charges de cas, coordination du travail de l'équipe) (spécialiste en activités cliniques, coordonnateur clinique...)
03	Développement, implantation et évaluation de nouvelles approches cliniques ainsi que des outils de travail (conseiller clinique, gestionnaire de projets, évaluateur de programmes cliniques...)
04	Prise de décision réalisée exclusivement à partir de dossiers de clients préparés par un autre intervenant (assureurs publics et privés, experts, programmes d'attribution...)
05	Développement et implantation de programme de promotion ou de prévention (santé publique, secteur communautaire... Diffère des activités visant la promotion de la santé et la prévention qui sont réalisées lors de suivi individuel ou dans un groupe en ergothérapie)
07	Planification, organisation, direction et contrôle nécessaires pour qu'une organisation atteigne ses objectifs (gestionnaire, administrateur)
08	Développement de ses connaissances et compétences dans le cadre d'un programme formel d'enseignement (professeur, chargé de cours, tuteur)
09	Conception et réalisation d'activités ou de programmes de formation continue (formateur)
10	Développement des connaissances, dissémination des résultats et transfert des connaissances (chercheur)
11	Enseignement post-secondaire aux personnes inscrites à des programmes formels d'enseignement (étudiant)
13	Promotion de produits et services pour une entreprise (représentant commercial)

Domaine

Indiquez le domaine qui se rapporte le plus aux services que vous avez offerts la majeure partie de votre temps dans ce lieu d'exercice

Code	Signification
01	Santé physique
02	Santé mentale
03	Non applicable

Type de milieu

Indiquez le type de milieu qui qualifie **le mieux** le lieu où vous avez exercé la profession (1 seul choix).

Code	Signification
01	Centre hospitalier (Centre hospitalier universitaire, Institut, Hôpital)
02	Centre ambulatoire / Clinique externe / Hôpital de jour
03	Centre de jour
04	Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (Résidence, Centre d'accueil, Foyer)
05	Centre local de services communautaires (CLSC)
06	Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP)
07	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED)
08	Centre jeunesse
09	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
11	Clinique privée d'ergothérapie
12	Clinique privée multidisciplinaire
13	Pratique autonome
14	École / Commission scolaire
15	Centre de la petite enfance (CPE)
16	Organisme gouvernemental / paragouvernemental
17	Institution d'enseignement postsecondaire
18	Centre de recherche
19	Groupes communautaires et associatifs
20	Industriel / Commercial
21	Centre de santé et de services sociaux
22	GMF / UMF / Clinique médicale

Clientèles desservies

Indiquez, par ordre de priorité, les groupes d'âge de la clientèle que vous avez desservie dans ce lieu d'exercice.

Code	Signification
01	Petite enfance : 0 à 4 ans
02	Jeunes : 5 à 17 ans
03	Adultes : 18 à 64 ans
04	Personnes âgées : 65 ans et plus

Services offerts

Indiquez, par ordre de priorité, les principaux types de services offerts aux clientèles que vous avez desservies dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix).

Code	Signification
1	Réadaptation fonctionnelle
2	Soutien / Maintien à domicile
3	Soins de longue durée
4	Évaluation / Orientation (UCDG ou soins généraux en centre hospitalier)
5	Évaluation / Orientation (cliniques / services spécialisés)
6	Évaluation / Orientation (à l'urgence d'un centre hospitalier)

(suite à la page suivante)

Annexe · Guide pour l'inscription des renseignements professionnels (suite)

Services offerts (suite)

Code	Signification
7	Réadaptation / Intégration professionnelle
8	Réadaptation / Intégration sociale
9	Réadaptation / Intégration scolaire
10	Soins palliatifs
11	Expertise légale
12	Dépistage
13	Psychothérapie (avec permis seulement)
14	Information / Promotion de la santé auprès de la collectivité
15	Prévention du suicide, maladie, accidents, problèmes sociaux auprès de la collectivité

Déficiences, troubles ou affections de la clientèle

Indiquez, par ordre de priorité, les déficiences, les troubles ou les affections des clientèles que vous avez desservies dans ce lieu d'exercice (de 1 à 4 choix).

Code	Signification
01	Atteinte du système nerveux central et périphérique (<i>affections neurologiques évolutives du système nerveux central, encéphalopathies, traumatismes craniocérébraux, myélopathies, myopathies</i>)
02	Autres affections liées à la petite enfance (<i>maladies et syndromes génétiques, néonatalogie</i>)
03	Autres troubles liés au développement (<i>déficience de la parole et du langage, retard global de développement, troubles d'acquisition de la coordination</i>)
04	Déficiences sensorielles (<i>déficience visuelle, déficience auditive</i>)
05	Maladies systémiques (<i>cancer, troubles cardio-respiratoires, diabète</i>)
06	Troubles mentaux graves (<i>troubles de la personnalité, troubles psychotiques, troubles bipolaires</i>)
07	Troubles mentaux courants (<i>alcoolismes et autres toxicomanies, troubles anxieux et de l'humeur, troubles alimentaires [anorexie, boulimie]</i>)
08	Troubles neuro-développementaux (<i>déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme</i>)
09	Vieillesse normale et troubles neurocognitifs (<i>démences et syndromes associés, troubles liés au vieillissement</i>)
10	Atteinte musculosquelettique (<i>arthrite et rhumatologie, brûlures, troubles du système musculosquelettique et amputations</i>)

Activités professionnelles particulières

Indiquez, parmi les suivantes, **toutes** les activités professionnelles que vous avez exercées auprès des clientèles que vous avez desservies dans ce lieu d'exercice.

Code	Signification
1	Évaluation et développement des capacités de travail / Adaptation de postes de travail
2	Adaptation de véhicules routiers
3	Adaptation domiciliaire
4	Décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement
5	Évaluation de la capacité à conduire (sur route)
6	Évaluation des troubles de la déglutition
7	Évaluation d'un élève handicapé / en difficulté d'adaptation en application de la Loi sur l'instruction publique
8	Évaluation d'un enfant préscolaire avec indices de retard de développement pour des services de réadaptation
9	Évaluation des habiletés fonctionnelles pour régime de protection
10	Évaluation pour les aides à la mobilité et à la posture
11	Traitement de la main
12	Traitement des plaies
13	Recommandation/Conception/Fabrication d'orthèses
14	Télépratique
15	Utilisation du TEN'S
16	Évaluation d'une personne avec trouble mental ou neuropsychologique