



Demande D'INSCRIPTION

Pour exercer la thérapie respiratoire en Ontario, vous devez être inscrit auprès de l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario¹. Pour effectuer une demande, remplissez le formulaire de demande et envoyez-le au bureau de l'OTRO. TOUTES les sections doivent être remplies et tous les documents à l'appui doivent être reçus à l'OTRO pour permettre le traitement de votre demande.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon de remplir le présent formulaire, voyez le [GUIDE DE DEMANDE D'INSCRIPTION](#).

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSCRIPTION (cochez toutes les réponses appropriées)

- J'effectue une demande pour recevoir un **certificat d'inscription pour personne diplômée** (temporaire).
- J'effectue une demande pour recevoir un **certificat d'inscription général**.
- Je suis actuellement inscrit pour exercer à titre de thérapeute respiratoire dans un autre territoire canadien.
- J'ai déjà effectué une demande d'inscription ou j'ai déjà été inscrit auprès de l'OTRO.

1. DONNÉES PERSONNELLES

PRÉNOM SECOND(S) PRÉNOM(S) NOM DE FAMILLE DIMINUTIF

NOM(S) PRÉCÉDENTS(S) (s'il y a lieu)

Si vous désirez vous inscrire sous un nom différent du nom figurant sur vos documents de formation, de citoyenneté ou d'immigration, vous devez fournir la photocopie d'un document légal attestant le changement de nom, p. ex., un certificat de mariage ou un document sur le changement de nom légal.

DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA) SEXE HOMME FEMME NON BINAIRE PRÉFÈRE NE PAS RÉVÉLER

2. ADRESSE À DOMICILE / COORDONNÉES

NO D'APP. ADRESSE MUNICIPALE

VILLE PROVINCE

CODE POSTAL PAYS

COURRIEL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE

3. STATUT DE RÉSIDENT * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise.

- Je suis un citoyen canadien
- Je suis un résident permanent/immigrant reçu au Canada
- J'ai un permis de travail valide qui me permet de travailler en thérapie respiratoire au Canada. Si oui, l'autorisation prend fin le (MM/JJ/AAAA)

1. À l'exception des thérapeutes respiratoires inscrits auprès d'organismes de réglementation de l'extérieur de la province qui remplissent les conditions fixées par le [Règl. de l'Ont. 199/23 : Exemption — Titres réservés](#), qui comprennent le dépôt d'une demande d'inscription à l'OTRO).

OFFICE USE ONLY						RECEIVED DATE	APPL. FEE	REGISTRATION DATE
-----------------	--	--	--	--	--	---------------	-----------	-------------------

4. COMPÉTENCES LINGUISTIQUES * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise

Langue maternelle ANGLAIS FRANÇAIS AUTRE (veuillez préciser)

Langue de la formation en thérapie respiratoire (ou dans un domaine connexe) ANGLAIS FRANÇAIS AUTRE (veuillez préciser)

Langue préférée pour la correspondance avec l'Ordre ANGLAIS FRANÇAIS

Langues dans lesquelles vous pouvez personnellement offrir des services de thérapie respiratoire compétents ANGLAIS FRANÇAIS AUTRE (veuillez préciser)

5. FORMATION EN THÉRAPIE RESPIRATOIRE * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise

	Nom de l'établissement d'enseignement	Province/pays	Année de la remise de diplôme
<input type="checkbox"/> Diplôme			
<input type="checkbox"/> Baccalauréat			
<input type="checkbox"/> Maîtrise			
<input type="checkbox"/> Doctorat			
<input type="checkbox"/> Autre			

6. AUTRE FORMATION POSTSECONDAIRE

	Champ d'étude	Nom de l'établissement d'enseignement	Province/pays	Année de la remise de diplôme
<input type="checkbox"/> Diploma				
<input type="checkbox"/> Baccalaureate				
<input type="checkbox"/> Master				
<input type="checkbox"/> Doctorate				
<input type="checkbox"/> Autre				

7. EXAMENS EN THÉRAPIE RESPIRATOIRE * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise

Avez-vous passé l'examen de Health Professionals Testing Canada (HPTC, anciennement CBRC)? Oui Non Date de l'examen

Sinon, quelle affirmation parmi les suivantes s'applique à vous?

Vous êtes inscrit/vous avez l'intention de vous inscrire pour passer l'examen du HPTC. Oui Non Date de l'examen

Vous avez passé un autre examen de thérapie respiratoire. Oui Non Date de l'examen

Nom de l'organisme d'examen

8. INSCRIPTION PROFESSIONNELLE * Voyez le Guide pour savoir quelle documentation est requise

Avez-vous déjà été inscrit ou obtenu un permis pour exercer la thérapie respiratoire à l'extérieur de l'Ontario OU Avez-vous déjà été inscrit ou obtenu un permis pour exercer une autre profession?

Oui **Non** Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous et remplissez le Formulaire de vérification d'inscription pour confirmer votre statut d'inscription auprès d'un organisme de réglementation ou d'octroi de permis.

Organisme de réglementation ou d'octroi de permis	No d'inscription/de permis	Province/État/Pays	Date d'expiration

Je fais l'objet d'une procédure ou d'une enquête pour inconduite professionnelle, incompetence ou incapacité menée par un organisme de réglementation ou d'attribution de permis (autre que l'OTRO).

Oui* **Non**

*Si oui, veuillez fournir les coordonnées de l'organisme de réglementation ou d'attribution de permis :

Date de la procédure :

Description de la procédure et de son issue (si connues)

9. PROFIL D'EMPLOI

9.a Historique d'emploi

Avez-vous déjà exercé la thérapie respiratoire dans une autre juridiction, à un moment donné?

Oui Si oui :

- Veuillez indiquer le nom et les coordonnées de tous vos employeurs en thérapie respiratoire, en commençant par le plus récent. Indiquez les dates de début et de fin. Au besoin, continuez sur une feuille séparée.
- Remplissez le Formulaire de vérification d'emploi (pour chaque lieu de travail dans le ou les juridictions dans lesquelles vous avez exercé la thérapie respiratoire, ou dans un domaine connexe, au cours des cinq dernières années).
- Joignez à la présente demande une copie de votre curriculum vitae

Non Si non, passez à la section **9.b**

Date de début	Date de début	Poste détenu
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		Province/État
Pays		Numéro de téléphone
Date de début	Date de début	Poste détenu
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		Province/État
Pays		Numéro de téléphone
Date de début	Date de début	Poste détenu
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		Province/État
Pays		Numéro de téléphone
Date de début	Date de début	Poste détenu
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		Province/État
Pays		Numéro de téléphone

9.b En attente d'un emploi en thérapie respiratoire en Ontario

Avez-vous trouvé un emploi en thérapie respiratoire en Ontario (en attendant l'inscription ou conformément aux conditions fixées par le [Règl. de l'Ont. 199/23 : Exemption — Titres réservés?](#))

Oui Si oui, veuillez remplir la section ci-dessous

Non Si non, passez à la section 10

Date de début provisoire	Titre du poste
Nom de l'employeur	

Service

Adresse

Numéro de téléphone

Poste

Numéro de télécopieur

Nom du surveillant

Catégorie d'emploi

 Permanent Temporaire Occasionnel Travailleur autonome

Employment Status

 Temps plein Temps partiel Occasionnel

10. CONDUITE PROFESSIONNELLE

1. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction comme celles indiquées ci-dessous? (Vous devez signaler toute conclusion, même si elle a fait l'objet d'une absolution ou d'un pardon).

a) Infraction criminelle Oui* Non

b) Infraction en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* Oui* Non

c) Infraction reliée à la prescription, au mélange, à la délivrance, à la vente ou à l'administration d'un médicament Oui* Non

d) Infraction s'étant produite lors de la prestation de soins de santé, ou y étant liée Oui* Non

e) Infraction s'étant produite alors que vos facultés étaient affaiblies ou que vous étiez en état d'ivresse (c.-à-d., conduite avec facultés affaiblies)? Oui* Non

f) tout autre délit non indiqué aux points a. à e. ci-dessus. Oui* Non

2. Avez-vous déjà fait l'objet de conditions de mise en liberté (p. ex., restrictions concernant votre garde ou votre libération imposées par un tribunal ou une autre autorité juridique)? Oui* Non

3. Avez-vous déjà été suspendu, expulsé ou pénalisé par un établissement d'enseignement postsecondaire pour motif d'inconduite ou de comportement non professionnel? (Peu importe si cette inconduite ou ce comportement non professionnel figure déjà dans votre relevé.) Oui* Non

4. Est-ce que vous avez déjà été obligé de démissionner, fait l'objet de mesures disciplinaires, d'une suspension, d'un congédiement ou de mesures semblables au travail ou en relation avec un contrat de service? (p. ex., congédié ou démissionné pour éviter un congédiement) Oui* Non

5. Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une négligence ou d'un manquement professionnel? (p. ex., procédure civile, par l'entremise d'un employeur ou syndicat)? Oui* Non

6. Faites-vous actuellement ou avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête ou d'une procédure menée par un organisme de réglementation ou d'octroi de permis professionnel? Vous devez signaler toute conclusion même si elle n'est pas accessible au public et même si vous avez purgé une pénalité. Oui* Non

7. Est-ce que votre inscription, votre permis ou statut semblable a déjà été suspendu ou révoqué par un organisme de réglementation ou d'octroi de permis professionnel? Oui* Non

8. Vous est-il déjà arrivé de voir une demande d'inscription rejetée par un organisme de réglementation ou d'attribution de permis responsable de la réglementation d'une profession? Oui* Non
9. Avez-vous une dépendance à l'alcool ou à la drogue ou déjà eu une telle dépendance pouvant affecter votre capacité à exercer la thérapie respiratoire? Oui* Non
10. Avez-vous déjà connu un événement, une circonstance, un trouble ou une maladie (c.-à-d., devez-vous vous abstenir d'exécuter certaines tâches dans l'exercice de la profession?) ou une question qui n'a pas été traitée dans vos réponses aux précédentes déclarations, concernant vos compétences, votre conduite ou votre capacité physique ou mentale et qui pourrait avoir un effet sur votre capacité de remplir vos fonctions de thérapeute respiratoire? Oui* Non

* Si vous répondez par l'affirmative aux questions ci-dessus, vous DEVEZ fournir tous les détails sur une feuille séparée et la joindre au présent formulaire.

11. DÉCLARATION ET AUTORISATION

- Je déclare et atteste** que les déclarations faites par moi sont complètes et correctes à ma connaissance.
- Je conviens** que toute déclaration ou affirmation fautive et (ou) trompeuse faite à l'OTRO peut entraîner un refus d'émettre un certificat d'inscription ou la révocation de mon certificat d'inscription auprès de l'OTRO.
- Je consens** à aviser l'Ordre, par écrit, dans un délai de 30 jours, de toute modification des renseignements contenus dans le présent formulaire, y compris mes renseignements personnels, l'information sur ma situation professionnelle, mon inscription et ma conduite.
- Je comprends** que je dois avoir un certificat d'inscription valide auprès de l'OTRO pour exercer la thérapie respiratoire en Ontario et pour utiliser le titre de « thérapeute respiratoire » ou toute variante ou abréviation de ce titre, comme RRT, GRT ou RT. (à l'exception des thérapeutes respiratoires inscrits auprès d'organismes de réglementation de l'extérieur de la province qui remplissent les conditions fixées par le [Règl. de l'Ont. 199/23 : Exemption – Titres réservés](#), qui comprennent le dépôt d'une demande d'inscription à l'OTRO).
- Je comprends** que si mon inscription est approuvée, je serai tenu de me conformer aux exigences de l'OTRO en matière d'assurance responsabilité professionnelle, comme prévu à l'[Article 3 : Adhésion](#).
- Je conviens** que si mon inscription est approuvée, je serai tenu de me conformer au **Programme d'assurance de la qualité** de l'OTRO comme prévu dans la réglementation (Rég. O. 596/94, Partie VI) et de la forme et de la manière exigées par l'OTRO.
- J'autorise** par la présente les sources indiquées sur le présent formulaire à fournir à l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario tout renseignement à mon sujet qu'ils auraient en leur possession, aux fins d'inscription auprès de l'Ordre.
- Je reconnais que l'OTRO peut communiquer les renseignements compris dans ma demande à des tiers, conformément à la division [36\(1\)\(b\) de la LPSR](#).**
- Je déclare/atteste** par la présente que les renseignements contenus dans cette demande sont véridiques et qu'ils ont été fournis par moi.



SIGNATURE

DATE

12. FRAIS DE DEMANDE

Pour assurer le traitement de votre demande, vous devez verser les frais de demande de 75 \$. Une fois votre demande approuvée, on vous demandera de verser les frais d'inscription. Les frais de demande ne sont pas remboursables.

Mode de paiement

Chèque (à l'ordre de l'OTRO) Mandat (à l'ordre de l'OTRO)

Pour effectuer un paiement par carte de crédit, veuillez remplir la section ci-dessous

Visa Master Card

															OFFICE USE ONLY									
Numéro de carte de crédit															Date d'expiration									
Montant autorisé \$										SIGNATURE										Nom figurant sur la carte				

NOTES



Liste de vérification DE LA DEMANDE

Veillez consulter la liste de vérification ci-dessous qui contient tous les documents requis dans le cadre de votre demande auprès de l'OTRO. Pour des renseignements sur la façon de remplir le formulaire de demande, voyez le Guide de la demande d'inscription. Les documents fournis avec votre demande seront conservés à l'OTRO et versés à votre dossier.

- Formulaire de demande**
Rempli, signé et daté
- Frais de demande de 75 \$**
À l'ordre de l'OTRO
- Preuve de citoyenneté canadienne, de statut de résident permanent ou permis de travail valide**
P. ex., photocopie de certificat de naissance, carte de résidence
- Preuve de compétences linguistiques (s'il y a lieu)**
Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais et que vous n'avez pas reçu votre formation en thérapie respiratoire ou dans un domaine connexe dans une de ces deux langues
- Preuve de réussite de votre programme de thérapie respiratoire (relevé de notes, s'il y a lieu)**
S'applique aux diplômés de programmes de thérapie respiratoire approuvés. Assurez-vous que votre établissement d'enseignement envoie votre relevé de notes directement à l'Ordre
- Rapport d'évaluation et d'authentification des diplômes (si applicable)**
S'applique aux candidats formés à l'extérieur du Canada. Assurez-vous qu'un rapport d'évaluation des diplômes produit par un membre de l'[Alliance canadienne des services d'évaluation de diplômes](#) (p. ex., [Service canadien d'évaluation des documents scolaires internationaux](#) ou [World Education Service](#)) est envoyé directement à l'OTRO.
- Preuve de réussite d'examen approuvé (s'il y a lieu)**
P. ex., photocopie des résultats de votre examen du HPTC.
- Formulaire de vérification de l'inscription (s'il y a lieu)**
Si vous êtes inscrit à titre de thérapeute respiratoire dans une autre juridiction, ou si vous êtes inscrit à une autre profession de la santé. L'organisation de réglementation ou d'octroi de permis doit envoyer ce formulaire directement à l'Ordre.
- Curriculum vitae (s'il y a lieu)**
Si vous avez travaillé en thérapie respiratoire ou dans un domaine connexe
- Formulaire de vérification d'emploi (s'il y a lieu)**
Si vous avez travaillé en thérapie respiratoire ou dans un domaine connexe. Le lieu de travail doit envoyer ce formulaire directement à l'Ordre.
- Autre documentation (s'il y a lieu), p. ex., une preuve de changement de nom**

PRÉSENTATION DE VOTRE DEMANDE

L'Ordre accepte uniquement les formulaires de demande originaux. Les formulaires de demande envoyés par télécopieur ne seront pas acceptés. Lorsque vous envoyez votre demande, vous devez inclure le formulaire de demande dûment rempli, toute la documentation à l'appui (voyez la Liste de vérification de la demande) de même que tous les frais appropriés.

Adresse postale de l'OTRO

Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario
180, rue Dundas Ouest, bureau 2103; Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Coordonnées de l'OTRO

Tél: 416 591-7800 ou sans frais 1 800 261-0528

Courriel : registrationservices@crto.on.ca www.crto.on.ca