

Remplir une demande d'inscription

Avant de pouvoir soumettre leur demande, tous les candidats à l'inscription auprès de l'OPAO doivent d'abord se créer un compte d'utilisateur dans le Système de gestion des membres de l'OPAO, puis ils doivent suivre avec succès le Module de formation en ligne sur la pratique professionnelle et la jurisprudence (module JRP). Cliquez [ici](#) pour en savoir plus au sujet du module JRP, les exigences d'inscription, et sur la façon de créer un compte.

En règle générale, les candidats remplissent une demande en format électronique, qui se trouve dans notre Système de gestion des membres. Toutefois, étant donné qu'il n'y a pas encore de formulaire électronique pour soumettre une demande en français, nous avons préparé ce formulaire PDF à cette fin. Vous devez passer par quelques étapes avant de soumettre votre formulaire de demande:

1. Créer votre compte d'utilisateur
2. Remplir une demande pour suivre le Module de formation en ligne sur la pratique professionnelle et la jurisprudence
3. Acquitter la facture relative au module JRP
4. Attendre que le paiement ait été reçu par l'Ordre – le statut de vos factures passera de « Awaiting Payment » (En attente de paiement) à « Payment Received » (Paiement reçu)
5. Lorsque vous avez suivi avec succès le Module JRP en ligne, le système vous demandera si vous souhaitez soumettre votre candidature suivant le parcours régulier. Même si vous n'aurez pas à remplir la demande par voie électronique, cliquez sur le bouton portant la mention « Begin Regular Route Application » (Amorcer la demande suivant le Parcours régulier). Cela vous permettra d'acquitter par voie électronique les frais de traitement de la demande (une étape obligatoire).
6. Suivez ensuite les instructions quant à la façon d'acquitter les frais de traitement de la demande et attendez de recevoir l'accusé de réception de votre paiement de la part de l'Ordre. Téléchargez le formulaire PDF dûment rempli vers l'onglet Documents.
7. Avisez-nous ensuite au moyen de la fonction de messagerie « Messaging » du Système de gestion des membres (voir l'onglet « Messages ») que votre demande a bien été téléchargée et qu'elle est prête à être étudiée par le personnel de l'Ordre.

REMARQUE : Veuillez sauvegarder le formulaire dans votre ordinateur, puis ouvrez Adobe Reader, avant de remplir le formulaire. Si vous remplissez le formulaire dans votre navigateur web, il se peut que le contenu ne soit pas sauvegardé.

REMARQUE : Tous les champs du formulaire de demande doivent être remplis, car le personnel utilisera les renseignements fournis dans la demande pour créer un fichier électronique, et ce processus ne peut pas s'effectuer si vous n'avez pas rempli tous les champs du formulaire. Si une question ne vous semble pas pertinente, veuillez inscrire la mention « N/A » ou « Not Applicable » (Sans objet). Ne pas laisser ce champ vide.

Veuillez surveiller votre boîte de réception de messages courriel pour d'éventuelles alertes de la part de l'Ordre; le personnel communiquera avec vous si des questions doivent être éclaircies.



Vous pouvez vérifier le statut de votre demande en vous connectant à votre compte d'utilisateur et en consultant l'indicateur Application Status (Statut de la demande) sur la page de renvoi de la demande (la page qui comporte des liens vers les pages individuelles).

Formulaire de demande

*Renseignements requis

1. Renseignements personnels

*Prénom : _____

Deuxième prénom : _____

*Nom de famille : _____

*Prénom généralement utilisé professionnellement : _____

*Nom de famille généralement utilisé professionnellement : _____

Remarque : Le nom que vous utilisez d'habitude professionnellement sera inscrit au registre public. Si vous utilisez un surnom, vous devez l'inscrire ici. Le fait d'utiliser professionnellement un nom qui ne figure pas dans le registre public peut être considéré comme une faute professionnelle.

Noms antérieurs (Inscrivez TOUS les noms légaux et les noms d'emprunt, p. ex. par mariage, depuis l'âge de 18 ans)

Date de la dernière utilisation du nom : _____

Prénom : _____

Deuxième(s) prénom(s) : _____

Nom de famille : _____

Date de la dernière utilisation du nom : _____

Prénom : _____

Deuxième(s) prénom(s) : _____

Nom de famille : _____

Remarque : Sauf circonstances exceptionnelles, les noms antérieurs figureront au registre public. Si vous ne souhaitez pas publier vos noms antérieurs, veuillez communiquer avec l'Ordre.

*Sexe : Femme _____ Homme _____ Autre _____

*Date de naissance : _____

*Adresse : _____

*Ville : _____

*Province : _____

*Code postal : _____

*Pays : _____

*Numéro de téléphone principal durant le jour (avec indicatif régional) : _____

Autre numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

*Adresse électronique pour communiquer avec l'OPAO : _____

*Je souhaiterais que l'Ordre affiche mon adresse électronique au registre public :

Oui _____ Non _____

2. Langue

Tous les membres de l'Ordre doivent être capables de parler, de lire et d'écrire l'anglais ou le français avec une aisance raisonnable. La sélection de l'un ou l'autre des éléments suivants démontre une aisance raisonnable.

*Cochez toutes les réponses qui s'appliquent et qui reflètent fidèlement vos compétences en français ou en anglais :

Première langue _____

Langue de l'enseignement primaire _____

Langue de l'enseignement secondaire _____

Langue de l'enseignement universitaire _____

Langue de l'enseignement et de la formation en psychothérapie (enseignement et soins aux clients) _____

Langue principalement utilisée dans la prestation des services de psychothérapie _____

Langue du programme de formation de relais (enseignement et service à la clientèle) — Les programmes de formation de relais aident à intégrer les praticiens formés à l'étranger dans le milieu de travail ontarien. _____

Vous ne devez soumettre une évaluation linguistique que si vous n'êtes pas en mesure de choisir **AU MOINS UNE SEULE** des méthodes ci-dessus pour démontrer votre maîtrise de l'anglais ou du français.

*Je peux parler, lire et écrire avec une aisance raisonnable : Anglais _____ Français _____

*Langue préférée : Anglais _____ Français _____

*Veuillez indiquer toute autre langue que vous maîtrisez et que vous utilisez pour offrir des services de psychothérapie.

*J'aimerais que l'Ordre affiche au registre public les langues que je maîtrise pour offrir des services de psychothérapie. Oui _____ Non _____

3. Emploi actuel et passé en psychothérapie

L'emploi comprend le travail autonome. Il comprend également d'autres contextes non liés à l'emploi où vous avez effectué des heures de contact direct avec le client, p. ex. voir les clients d'un autre thérapeute en échange d'une supervision clinique.

Indiquez les employeurs actuels ou anciens liés à la psychothérapie dans l'ordre suivant :

1. Indiquez votre employeur principal actuel pour lequel vous fournissez ou supervisez des services de psychothérapie.
2. Indiquez les autres employeurs actuels pour lesquels vous fournissez ou supervisez des services directs à la clientèle (NE PAS inclure d'autres employeurs actuels si vous n'avez pas fourni ou supervisé de services directs à la clientèle).
3. Si vous n'avez pas d'emploi actuellement, commencez par indiquer vos anciens employeurs dans l'ordre chronologique inverse.
4. Indiquez votre ou vos anciens employeurs, SEULEMENT si vous souhaitez inclure le nombre d'heures de contact direct avec les clients que vous avez accumulées avec un ou plusieurs ancien(s) employeur(s); sinon, vous n'avez pas besoin de les inclure.
5. Pour la « pratique indépendante », c.-à-d. la pratique sans supervision clinique, vous devez avoir complété 1 000 heures de contact direct avec le client **ET** 150 heures de supervision clinique depuis que vous avez commencé votre programme d'études et de formation en psychothérapie. Par conséquent, si vous souhaitez vous qualifier pour la « pratique indépendante », veuillez vous assurer que vous documentez un minimum de 1 000 heures de contact direct avec le client (CDC). Ces heures peuvent également être consignées à la page Éducation et formation et seront comptées dans le total de vos heures de contact direct avec les clients. Ce total est indiqué à la page 10. Résumé de la demande.

Remarque : Toutes les candidates et tous les candidats au parcours régulier sont initialement inscrits dans la catégorie stagiaire. Les membres stagiaires sont tenus de pratiquer sous supervision clinique régulière, quel que soit le nombre d'heures indiqué ci-dessus. Une fois qu'un membre est inscrit dans la catégorie des psychothérapeutes autorisés, il peut exercer de façon autonome une fois qu'il a obtenu un total de 1 000 heures de contact direct avec le client et 150 heures de supervision clinique. On vous posera des questions sur vos heures de contact direct avec les clients pour tous les employeurs actuels et passés inscrits.

Indiquez un seul employeur principal actuel; si vous êtes travailleur autonome, inscrivez le nom de votre entreprise à titre d'employeur. Si vous n'utilisez pas de nom d'entreprise, inscrivez le prénom et le nom de famille que vous utilisez en général pour vos activités professionnelles.

Seules les heures effectuées par CDC depuis le début de votre programme d'études et de formation peuvent être incluses.

1. Employeur

Nom d'employeur : _____

Votre titre d'emploi : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province/État : _____

Code postal : _____

Pays : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom de Contact à cet employeur

Nom : _____

Leur titre d'emploi : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Ceci est mon employeur principal : Oui _____ Non _____

Rôle et Période d'emploi

Veillez décrire votre rôle, y compris les groupes de clients qui vous servez et les techniques de psychothérapie que vous employez. Si votre rôle est centré sur la supervision des autres qui effectuent le contact direct avec les clients, veuillez décrire cet aspect de votre rôle.

Date de début : _____

Date de fin: _____

Avez-vous vous effectué le contact direct avec les clients ou supervisé des autres qui effectuent le contact direct à cet emploi ? Oui _____ Non _____

Heures de contact direct avec les clients : _____

Document(s) d'appui

Veillez fournir un formulaire de confirmation de contact direct avec le client pour chaque emploi inscrit.

2. Employeur

Nom d'employeur : _____

Votre titre d'emploi : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province/État : _____

Code postal : _____

Pays : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom de Contact à cet employeur

Nom : _____

Leur titre d'emploi : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Ceci est mon employeur principal : Oui _____ Non _____

Rôle et Période d'emploi

Veillez décrire votre rôle, y compris les groupes de clients qui vous servez et les techniques de psychothérapie que vous employez. Si votre rôle est centré sur la supervision des autres qui effectuent le contact direct avec les clients, veuillez décrire cet aspect de votre rôle.

Date de début : _____

Date de fin: _____

Avez-vous vous effectué le contact direct avec les clients ou supervisé des autres qui effectuent le contact direct à cet emploi ? Oui _____ Non _____

Heures de contact direct avec les clients : _____

Document(s) d'appui

Veillez fournir une formulaire de confirmation de contact direct avec le client pour chaque emploi inscrit.

3. Employeur

Nom d'employeur : _____

Votre titre d'emploi : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province/État : _____

Code postal : _____

Pays : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom de Contact à cet employeur

Nom : _____

Leur titre d'emploi : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Ceci est mon employeur principal : Oui _____ Non _____

Rôle et Période d'emploi

Veillez décrire votre rôle, y compris les groupes de clients qui vous servez et les techniques de psychothérapie que vous employez. Si votre rôle est centré sur la supervision des autres qui effectuent le contact direct avec les clients, veuillez décrire cet aspect de votre rôle.

Date de début : _____

Date de fin: _____

Avez-vous effectué le contact direct avec les clients ou supervisé des autres qui effectuent le contact direct à cet emploi ? Oui _____ Non _____

Heures de contact direct avec les clients : _____

Document(s) d'appui

Veillez fournir un formulaire de confirmation de contact direct avec le client pour chaque emploi inscrit.

Antécédents professionnels (exigés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée)

Remarque : L'exercice de la profession s'entend de l'exercice dans le cadre du champ d'application de la psychothérapie, tel que défini dans la Loi de 2007 sur la psychothérapie.

* Première année d'exercice de la profession : _____

* Pays où la profession a été exercée pour la première fois : _____

* Province, Territoire ou État où la profession a été exercée pour la première fois : _____

* Première année d'exercice de la profession au Canada : _____

* Lieu où la profession a été exercée pour la première fois au Canada : _____

* Dernier pays où la profession a été exercée : _____

* Province, territoire ou État où la profession a été exercée pour la dernière fois : _____

* Dernière année d'exercice de la profession dans le dernier pays, territoire, État ou la dernière province : _____

Je n'ai pas d'emploi actuellement : _____

4. Date de la mise à jour

Toutes les candidates et tous les candidats doivent être « à jour » dans l'exercice de la profession. Plus précisément, ils doivent avoir exercé des activités professionnelles liées à la psychothérapie au cours d'une période récente précédant la demande. Pour être considéré à jour, vous devez avoir terminé votre programme d'études et de formation en psychothérapie **OU** avoir acquis l'expérience clinique requise (heures de CDC et en supervision clinique) dans les 12 mois précédant immédiatement la demande. Sinon, vous devez avoir terminé votre dernier semestre/volet de programme **OU** avoir accumulé 750 heures de mise à jour au cours des trois années précédant immédiatement la présentation de votre demande.

Veuillez choisir une option qui s'applique à vous. Choisissez-en une seule, même si plus d'une s'applique :

_____ J'ai terminé mon programme d'études et de formation au cours des 12 derniers mois;

_____ Je termine mon programme d'études et de formation et un ou plusieurs des éléments suivants s'appliquent à moi :

J'en suis à mon dernier semestre;

J'ai terminé 90 % du programme;

J'ai terminé mon programme à l'exception de ma thèse;

_____ J'ai effectué l'expérience clinique requise (450 heures de CDC et 100 heures de supervision clinique) dans les 12 mois précédant immédiatement la demande;

_____ J'ai effectué 750 heures de mise à jour dans les trois années précédant immédiatement ma demande (veuillez fournir une panne de ces heures de de mise à jour en dessous);

a) Contact direct avec les clients (CDC) _____

b) Tenue des dossiers et à la préparation pour CDC _____

c) Développement professionnel en psychothérapie _____

d) Recevoir de la supervision clinique _____

e) Servir en tant que superviseur clinique _____

f) Recherche et rédaction _____

g) Enseignement _____

h) Gérer _____

i) Conseil _____

j) Autres activités professionnelles _____

___ Rien de ce qui précède ne s'applique à moi.

*Veuillez inscrire la date à laquelle vous avez satisfait à l'exigence choisie (si vous n'avez pas encore terminé votre programme d'études et de formation, inscrivez la date prévue d'achèvement). _____

*Expliquez votre sélection ci-dessus avec vos propres mots.

5. Éducation et formation

Remplissez les sections de cette page pour documenter l'information sur vos études et votre formation qui sont essentielles à la pratique de la psychothérapie.

*Veuillez sélectionner l'une des options suivantes :

____ J'ai terminé ou presque un programme d'études et de formation reconnu par l'Ordre.

____ J'ai terminé ou presque un programme d'études et de formation qui n'a pas été reconnu par l'Ordre.

____ J'ai terminé une partie importante d'un ou de plusieurs programmes d'études et de formation, peut-être en même temps que d'autres programmes d'études et de formation, qui, au total, je crois, peuvent être essentiellement équivalents à un programme reconnu.

Programme :

Date de début du programme : _____

Date de fin du programme ou date prévue : _____

Nombre d'heures de contact direct avec les clients : _____

Nombre total d'heures de contact direct avec les clients : _____

Éducation et formation (exigée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée)

***Remarque :** Lorsque vous répondez aux questions suivantes pour le ministère, vous devrez peut-être entrer les renseignements que vous avez déjà fournis dans la demande. Le ministère demande des renseignements sur un maximum de cinq cas d'éducation et de formation professionnelles.*

Formation professionnelle

Nom de l'école ou de l'établissement : _____

Niveau d'éducation professionnelle : _____

Formation excluant celle liée à la profession (exigée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée)

*Plus haut niveau d'études excluant les études liées à la profession : _____

*Domaine d'études pour l'enseignement supérieur excluant le domaine d'études lié à la profession : _____

* Année d'obtention du diplôme de l'enseignement supérieur excluant le diplôme lié à la profession : _____

* Province, territoire, état d'obtention du diplôme du plus haut niveau d'études excluant les études liées à la profession : _____

* Pays d'obtention du diplôme du plus haut niveau d'études excluant les études liées à la profession : _____

Document(s) d'appui

Si vous avez effectué des heures de contact direct avec les clients dans le cadre du programme, veuillez fournir une formulaire de confirmation de contact direct avec le client de votre superviseur clinique ou d'un autre responsable officiel du programme.

6. Supervision clinique reçue

Veillez utiliser cette page pour fournir les détails de la supervision clinique que vous avez reçue depuis le début de votre programme d'étude et de formation. Assurez-vous d'examiner la définition de la supervision clinique sur la page « [Faire une demande pour devenir membre de l'OPAO](#) » de notre site web.

La supervision clinique peut être individuelle, dyadique ou en groupe. La taille maximale d'un groupe est normalement de huit participants. La supervision de groupe peut inclure la supervision structurée de groupe de pairs si elle :

- est formelle et structurée;
- comprend au moins un membre du groupe qui répond à la définition de superviseur clinique de l'Ordre. Voir la définition sur la page « [Faire une demande pour devenir membre de l'OPAO](#) » de notre site web.

La supervision structurée par un groupe de pairs diffère de la supervision clinique de groupe qui est dirigée par un superviseur clinique, tandis que la supervision structurée comprend au moins un membre qui se qualifierait à titre de superviseur clinique, mais qui est un participant égal (pas le chef). La supervision structurée des groupes de pairs a souvent lieu dans un cadre institutionnel, mais peut être formalisée en dehors de ce cadre.

La supervision informelle « par les pairs », c'est-à-dire la discussion non structurée des clients avec leurs collègues, n'est pas considérée comme une forme acceptable de supervision aux fins de l'inscription.

Remarque : Dans certains cas, il se peut que vous ne soyez pas en mesure de donner des dates précises, bien que vous puissiez vous souvenir de l'année. Lorsque vous ne vous souvenez pas d'une date précise, faites de votre mieux pour l'estimer. Pour la « pratique indépendante », c.-à-d. la pratique sans supervision clinique, vous devez avoir accumulé 150 heures de supervision clinique au cours de votre carrière à ce jour **ET** 1 000 heures de contact direct avec le client. Par conséquent, si vous souhaitez vous qualifier pour la « pratique indépendante », veuillez vous assurer que vous documentez un minimum de 150 heures de supervision clinique, que vous pouvez inscrire ici. Le nombre maximum d'heures de supervision de groupe pour l'inscription est de 50, et pour répondre à l'exigence de la « pratique indépendante » est de 75.

Tant que vous n'aurez pas satisfait à l'exigence générale de « pratique indépendante », votre certificat d'inscription indiquera que vous devez exercer sous supervision clinique. Cette précision figurera également au registre public.

Ajoutez les détails de la supervision reçue pour chaque période de supervision clinique que vous souhaitez inclure. Pour ce faire, il peut être nécessaire d'entrer des renseignements sur un superviseur plus d'une fois.

Supervision clinique reçue

Dates de supervision : _____

Superviseur ou membre qualifié d'un groupe de pairs : _____

Nombre total d'heures de supervision clinique individuelle ou dyadique : _____

Nombre d'heures totales de supervision dans un groupe ou dans un groupe de pairs : _____

Dates de supervision : _____

Superviseur ou membre qualifié d'un groupe de pairs : _____

Nombre total d'heures de supervision clinique individuelle ou dyadique : _____

Nombre d'heures totales de supervision dans un groupe ou dans un groupe de pairs : _____

Dates de supervision : _____

Superviseur ou membre qualifié d'un groupe de pairs : _____

Nombre total d'heures de supervision clinique individuelle ou dyadique : _____

Nombre d'heures totales de supervision dans un groupe ou dans un groupe de pairs : _____

Supervision clinique continue

Toutes les candidates et tous les candidats au parcours régulier sont initialement inscrits dans la catégorie stagiaire. Les membres stagiaires sont tenus de pratiquer sous supervision clinique régulière, peu importe l'expérience clinique qu'ils ont déjà acquise. Dans l'espace ci-dessous, inscrivez le nom, le numéro de téléphone et l'adresse électronique de chaque superviseur clinique avec lequel vous prévoyez exercer une supervision clinique régulière après votre inscription à l'OPAO.

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

*Si vous n'êtes pas en mesure de fournir les renseignements demandés ci-dessus, donnez-en les raisons et décrivez votre plan pour obtenir une supervision clinique régulière après votre inscription auprès de l'OPAO.

Document(s) d'appui

Veillez fournir un formulaire d'attestation à l'intention des superviseurs cliniciens pour chaque période de supervision clinique que vous avez citée.

7. Conduite professionnelle et autre

L'Ordre vous demande de fournir des renseignements sur votre conduite professionnelle avec des organismes de réglementation prévus par la loi ainsi que des renseignements sur toute infraction criminelle ou autre. Sur cette page, veuillez fournir des détails sur votre adhésion passée ou présente à tout organisme de réglementation prévu par la loi, les constatations d'inconduite, de négligence professionnelle ou de faute professionnelle, et les constatations relatives à des infractions criminelles ou autres. Vous pouvez répondre à chaque question plusieurs fois. Il n'y a pas de limite au nombre d'entrées que vous pouvez inscrire.

Remarque : Vous devez aviser l'Ordre, immédiatement et par écrit, de tout changement aux renseignements fournis dans votre demande relativement à votre conduite professionnelle ou autre.

Conduite liée à votre adhésion à un organisme de réglementation statutaire

Adhésion(s) actuelle(s) à des organismes de réglementation statutaires

Êtes-vous actuellement membre d'un organisme de réglementation statutaire pour une profession, dans un territoire? Si oui, veuillez ajouter les informations demandées.

____ Je ne suis pas actuellement membre d'un organisme de réglementation statutaire.

____ Je suis actuellement membre d'un organisme de réglementation statutaire.

Nom d'organisme de réglementation statutaire : _____

Ville et pays d'organisme de réglementation statutaire : _____

Numéro d'inscription / permis : _____

Date d'inscription / permis : _____

Avez-vous été reconnu coupable de faute professionnelle, d'incompétence ou d'inaptitude, ou d'une faute similaire, ou y a-t-il une procédure en cours pour faute professionnelle, incompétence ou inaptitude, ou procédure similaire ? _____

Veuillez décrire toute constatation, ou toute procédure semblable en cours, de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, ou toute constatation semblable.

Ancienne(s) adhésion(s) à des organismes de réglementation statutaires

Avez-vous déjà été membre d'un organisme de réglementation dans le passé? Si oui, veuillez ajouter les informations demandées.

___ Je n'ai jamais été membre d'un organisme de réglementation statutaire dans le passé.

___ J'étais membre d'un organisme de réglementation statutaire dans le passé.

Nom d'organisme de régulation statutaire : _____

Ville et pays d'organisme de régulation statutaire : _____

Numéro d'inscription / permis : _____

Date d'inscription / permis : _____

Avez-vous été reconnu coupable de faute professionnelle, d'incompétence ou d'inaptitude, ou d'une faute similaire, ou y a-t-il une procédure en cours pour faute professionnelle, incompétence ou inaptitude, ou procédure similaire ? _____

Veuillez décrire toute constatation, ou toute procédure semblable en cours, de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité, ou toute constatation semblable.

Refus de la part d'organismes de réglementation statutaires d'accepter mon adhésion

Un organisme de réglementation statutaire a-t-il déjà refusé votre adhésion? Si oui, veuillez ajouter les informations demandées.

___ Un organisme de réglementation statutaire n'a jamais refusé de m'inscrire.

___ Un organisme de réglementation statutaire a refusé de m'inscrire.

Nom d'organisme de régulation statutaire : _____

Ville et pays d'organisme de régulation statutaire: _____

Numéro d'enregistrement / de licence: _____

Date du refus : _____

Raison du refus : _____

Votre conduite liée à des infractions criminelles ou à d'autres infractions

Infractions

Avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'une infraction qui a entraîné une amende de plus de 1 000 \$ ou un emprisonnement? Si oui, veuillez ajouter les informations demandées. Remarque : l'emprisonnement comprend une peine purgée dans la collectivité, comme la détention à domicile.

___ Je n'ai jamais été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'une infraction qui a entraîné une amende de plus de 1 000 \$ ou un emprisonnement.

___ J'étais reconnu coupable d'une infraction criminelle ou d'une infraction qui a entraîné une amende de plus de 1 000 \$ ou en emprisonnement.

Date de la déclaration de culpabilité : _____

Détails de cette infraction, y compris l'adresse du palais de justice où la décision a été rendue et les détails de la peine : _____

Autres mesures ou constatations

Avez-vous fait l'objet d'un verdict de négligence professionnelle ou de faute professionnelle dans un territoire quelconque? Ou y a-t-il **autre chose**, actuellement ou dans le passé, qui pourrait remettre en question votre capacité d'exercer la psychothérapie de façon sécuritaire et professionnelle? Si oui, veuillez ajouter les informations demandées.

Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, il peut s'agir d'une plainte, d'une mesure disciplinaire ou d'un congédiement qui concerne :

- une association professionnelle
- un employeur
- un établissement d'enseignement

Elle comprendrait également toute autre conduite qui, si elle était connue, amènerait l'Ordre à remettre en question votre capacité d'exercer la psychothérapie de façon sécuritaire et professionnelle.

Veuillez fournir des détails à ce sujet.

___ Je ne connais aucun autre événement ou renseignement, autre que ceux que j'ai énumérés, actuels ou passés, qui pourrait remettre en question ma capacité d'exercer la psychothérapie de façon sécuritaire et professionnelle.

___ Je connais un autre événement ou renseignement, autre que ceux que j'ai énumérés, actuels ou passés, qui pourrait remettre en question ma capacité d'exercer la psychothérapie de façon sécuritaire et professionnelle.

Date de l'événement : _____

Détails de cet événement: _____

Pathologies

Souffrez-vous actuellement d'une pathologie ou d'un trouble physique ou mental qui pourrait nuire à votre capacité d'exercer la psychothérapie de façon sécuritaire et compétente et qui, s'il n'était pas traité, pourrait nuire à votre capacité de pratiquer la psychothérapie?

___ Oui

___ Non

Dans l'affirmative, veuillez apporter des précisions.

Inscription pour exercer la psychothérapie dans d'autres provinces ou territoires (exigée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée)

Remarque : Certains de vos renseignements peuvent être entrés de nouveau en répondant aux questions suivantes pour le Ministère.

___ Je suis actuellement autorisé à exercer la psychothérapie ou le counseling clinique dans une province ou un territoire canadien autre que l'Ontario ou qu'un État américain.

___ Je suis actuellement autorisé à exercer la psychothérapie ou le counseling clinique dans un pays autre que le Canada.

8. Police d'assurance de responsabilité professionnelle

Remarque : Vous pourriez faire l'objet de mesures disciplinaires si vous exercez votre profession sans avoir souscrit une assurance de responsabilité professionnelle qui répond aux exigences de l'Ordre.

* ____ J'ai une police d'assurance de responsabilité professionnelle pour chaque employeur ou cabinet actuel qui répond aux exigences de l'Ordre. Oui / non

* ____ Je m'engage à fournir à l'Ordre une preuve d'assurance de responsabilité professionnelle pour chaque employeur ou cabinet qui satisfait aux exigences de couverture de l'Ordre dans les 30 jours suivant l'inscription (couverture en vigueur à compter de la date de l'inscription). Je comprends que mon adhésion à l'Ordre sera suspendue si je ne fournis pas de preuve de ma police d'assurance dans les 30 jours suivant mon inscription*.

9. Document requis

Déclaration générale et consentement à la divulgation de renseignements

Chaque candidat doit remplir un **formulaire de déclaration générale et de consentement à la divulgation de renseignements** dans lequel il donne son consentement écrit pour permettre à l'Ordre de communiquer avec toute personne ou organisation pertinente à la demande ou de lui demander des renseignements, p. ex. l'Ordre peut communiquer avec un employeur, un superviseur, un établissement d'enseignement ou une association professionnelle actuels ou passés pour vérifier les renseignements fournis.

Veillez remplir et inclure ce formulaire dans votre demande.

Je, _____ reconnais que je ne suis pas autorisé à exercer la profession de psychothérapeute autorisé, à utiliser tout titre protégé* ou à me présenter comme étant qualifié pour exercer la profession de psychothérapeute en Ontario sans avoir reçu un avis écrit indiquant que je suis inscrit à l'Ordre.

Je reconnais que les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont utilisés par l'Ordre pour administrer la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, la *Loi de 1991 sur les psychothérapeutes*, les règlements, les règlements administratifs, les politiques, les normes d'exercice et pour la recherche et d'autres projets liés à la gouvernance des psychothérapeutes autorisés et qu'ils sont recueillis, utilisés et communiqués conformément au code de protection des renseignements personnels de l'Ordre.

Je m'engage à informer immédiatement l'Ordre par écrit de tout changement aux renseignements contenus dans la présente demande. Par exemple, je ferai rapport si, après avoir soumis le présent formulaire, je suis renvoyé à une audience pour des allégations de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou d'allégations semblables par un organisme de réglementation statutaire. Je comprends en outre que, même après mon inscription, je dois aviser le directeur par écrit dans les trente jours de tout changement d'adresse personnelle, d'adresse professionnelle ou d'emploi, d'adresse électronique ou de numéro de téléphone.

J'autorise l'Ordre à obtenir des renseignements auprès d'autres organismes de réglementation, d'établissements d'enseignement, d'employeurs actuels et d'anciens employeurs, d'examineurs, de tout ancien professionnel de la santé réglementé qui m'a traité ou de tout professionnel de la santé réglementé qui me traite actuellement, et de toute autre source aux fins liées à ma demande d'inscription, y compris des renseignements sur ma formation ou mon expérience.

*À moins que le demandeur ne soit membre d'une autre profession réglementée ayant le droit d'utiliser un titre protégé.

Je, _____ consens par la présente à la communication à l'Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario (OPAO) de tout renseignement ou document détenu par toute partie relativement à ma demande d'inscription à l'Ordre. Le présent document autorise toute partie à communiquer l'information ou le document à l'OPAO.

Date _____ Signature du demandeur _____

Déclaration solennelle

Chaque demandeur est tenu de remplir une **déclaration solennelle** attestant la véracité de tous les renseignements fournis dans le cadre de sa demande d'inscription ou à l'appui de sa demande, c'est-à-dire qu'ils sont, à sa connaissance, complets et exacts. Veuillez télécharger le **modèle de déclaration solennelle** et le faire signer par une personne autorisée, p. ex. un commissaire à l'assermentation, un notaire public ou un juge. Vous devrez leur fournir une preuve d'identité.

Remarque : Ne datez pas et ne signez pas la Déclaration solennelle avant d'avoir vu le commissaire à l'assermentation ou une autre personne autorisée. La signature d'une fausse déclaration solennelle constitue une infraction criminelle.
Veuillez **imprimer** le modèle de déclaration solennelle, le faire signer et le téléverser ici.

IMPORTANT : Ne remplissez pas la déclaration solennelle avant d'avoir terminé de remplir toutes les autres parties de la demande d'inscription.

Déclaration solennelle

Message au commissaire à l'assermentation : Le demandeur dont le nom figure ci-dessous présente une demande d'inscription auprès de l'Ordre des psychothérapeutes et des thérapeutes en santé mentale autorisés de l'Ontario (O.P.A.O.), un organisme de réglementation créé en Ontario au titre de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, et de la *Loi de 2007 sur les psychothérapeutes*. Veuillez vérifier son identité et demander au demandeur de faire cette déclaration en votre présence.

Je, _____ déclare solennellement :

- que les renseignements et les documents à l'appui fournis dans ma demande d'inscription à l'Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario et des thérapeutes en santé mentale autorisés de l'Ontario (O.P.A.O) sont, à ma connaissance, vrais, exacts et complets.
- Je comprends qu'une déclaration fautive ou trompeuse, par commission ou omission, peut me disqualifier de l'inscription ou peut entraîner la révocation de toute inscription qui peut m'être accordée, et

Je fais cette déclaration solennelle en croyant consciencieusement qu'elle est vraie et en sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment.

Signature du demandeur : _____

Date : _____

Nom complet du demandeur : _____

Déclarée devant moi, _____
(Nom du commissaire en caractères d'imprimerie)

à _____ de _____ ce _____ jour de _____
(type de (nom de la municipalité) (jour) (mois) (année)
municipalité)

Signature du
commissaire

Un commissaire, etc.

Adresse du
commissaire

Numéro de
téléphone du
commissaire

Remarque : Le fait de faire sciemment une fausse déclaration solennelle constitue une infraction criminelle.

10. Résumé de la demande

Mise à jour

Méthode pour démontrer la mise à jour	Date ou heures
J'ai terminé mon programme d'études et de formation au cours des 12 derniers mois	

Nombre d'heures de contact direct avec les clients

	Heures soumises
Nombre d'heures de contact direct avec les clients, accumulées dans un cadre professionnel	
Nombre d'heures de contact direct avec les clients, accumulées en éducation et formation	
Total	

Supervision reçue

	Heures soumises	Nombre total d'heures pouvant être comptées
Nombre total d'heures de supervision clinique individuelle ou dyadique		
Nombre d'heures totales de supervision structurée par un groupe de pairs		
Total		

Pratique autonome

	Heures soumises	Nombre total d'heures pouvant être comptées
Nombre d'heures de contact direct avec les clients		
Nombre d'heures de supervision clinique individuelle ou dyadique		
Nombre d'heures de supervision structurée par un groupe de pairs		

Remarque : Tous les membres stagiaires sont tenus de pratiquer sous supervision clinique régulière, peu importe le nombre d'heures accumulées. Une fois qu'un membre est inscrit dans la catégorie des psychothérapeutes autorisés, il peut exercer de façon autonome une fois qu'il a obtenu un total de 1 000 heures de contact direct avec le client et 150 heures de supervision clinique.