

Direction des services de santé d'urgence

La Direction des services de santé d'urgence a la compétence requise pour colliger les renseignements personnels figurant sur cette formule si cela s'avère nécessaire à la saine administration d'activités autorisées en vertu de la loi, c'est-à-dire en vue de vérifier les qualifications du candidat et lui permettre de suivre l'examen théorique aéromédical dans le cadre de l'accréditation d'ambulancier paramédical aéromédical. Cet examen est requis conformément la partie III, au règlement 257/00, élaboré en vertu de la *Loi sur les ambulances*. Pour de plus amples renseignements au sujet de la collecte des renseignements, communiquer avec le directeur des Normes des soins d'éducation et de patient, Direction des services de santé d'urgence, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 5700, rue Yonge, 6^e étage, Toronto ON M2M 4K5, Tél. : 416 327-7820.

- Le candidat doit s'assurer de lire et de se conformer aux directives accompagnant cette formule.
- Toutes les exigences stipulées doivent être rencontrées avant la date limite pour assurer l'admissibilité à contester l'examen.
- *Les copies par télécopieur ne seront pas acceptées.*
- S.V.P. imprimez clairement en caractères moulés, au stylo.

Cochez (✓) la session d'examen de votre choix et notez bien les dates qui correspondent à la session choisie :

Information sur les sessions d'examens																																									
✓	Session	Date de l'examen	Demande d'inscription acceptée à partir de	Date limite pour la soumission de la demande d'inscription	Sites Potentiels																																				
<input type="checkbox"/>	Hivers	18 mars 2009	12 janv. 2009	13 fév. 2009	Toronto, Sudbury, Kingston, Moosonee, Kenora, Thunder Bay																																				
<input type="checkbox"/>	Été	15 juil. 2009	11 mai 2009	12 juin 2009																																					
<input type="checkbox"/>	Automne	18 nov. 2009	14 sept. 2009	16 oct. 2009																																					
<input type="checkbox"/> Nouveau candidate <input type="checkbox"/> Candidat faisant de nouveau la demande																																									
<table border="1"> <tr> <th colspan="6">Numéro de la cote aéromédical</th> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		Numéro de la cote aéromédical						0	0	-				<table border="1"> <tr> <th colspan="6">Numéro de la cote PSMSU</th> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		Numéro de la cote PSMSU						0	0	-				<table border="1"> <tr> <th colspan="6">Dates des examens déjà pris</th> </tr> <tr> <td>aaaa</td><td>mm</td><td>aaaa</td><td>mm</td><td>aaaa</td><td>mm</td> </tr> </table>		Dates des examens déjà pris						aaaa	mm	aaaa	mm	aaaa	mm
Numéro de la cote aéromédical																																									
0	0	-																																							
Numéro de la cote PSMSU																																									
0	0	-																																							
Dates des examens déjà pris																																									
aaaa	mm	aaaa	mm	aaaa	mm																																				

Renseignements sur le candidat		
Nom de famille	Prénom	Autre prénom
Adresse – numéro de la rue, nom de la rue		Téléphone () -
Ville	Province	Code postal

Renseignements sur l'admissibilité			
Nom du Collège ou établissement de formation	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Éducation à distance	Date de l'obtention de votre diplôme ou la date anticipé	
		aaaa	mm

Composantes de l'examen		
Langue	Site	Besoins particuliers
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Premier choix Deuxième choix	<input type="checkbox"/> Oui (Annexer obligatoirement les pièces justificatives) <input type="checkbox"/> Non

Documents soumis	
<input type="checkbox"/> Un chèque certifié ou un mandat bancaire de 50\$ à l'ordre du ministre des Finances. <input type="checkbox"/> Preuve de réussite du programme de formation aéromédica. <input type="checkbox"/> Attestation de réussite à un programme de rattrapage approuvé.	Retourner la formule originale dûment remplie à l'adresse suivante : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction des services de santé d'urgence Normes des soins d'éducation et de patient 5700, rue Yonge, 6 ^e étage, Toronto ON M2M 4K5

Signature	
A. J'atteste que j'ai lu la trousse d'information et que je consens à me conformer aux règlements tels qu'ils y sont décrits. B. J'atteste, au meilleur de mes connaissances, que les renseignements contenus dans cette formule sont véridiques, corrects et complets. C. J'autorise la Direction des services de santé d'urgence, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'établissement d'enseignement où j'ai reçu ma formation aéromédical de transmettre des renseignements pertinents au passage de l'examen théorique aéromédical du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces renseignements seront traités en toute confidentialité et seront utilisés à l'interne, par l'établissement d'enseignement uniquement.	
Signature	Date (aaaa/mm/jj)