

Instruction au demandeur : complétez la section 1 de ce formulaire puis envoyez l'original à l'organisme de réglementation où vous êtes inscrit et autorisé à pratiquer. (Un formulaire par province de pratique).

Instruction à l'organisme réglementaire : Veuillez compléter les sections 2 à 5 de ce formulaire et retourner l'original à l'adresse suivante : Équipe de gestion du registre national, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1075, chemin Ste-Foy, 9^e étage, Québec (Québec) G1S 2M1 ou par courriel au registretap@msss.gouv.qc.ca

1) À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR		
Nom à la naissance	Prénom	Date de naissance (J-M-A)
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Adresse courriel	Numéro de téléphone	
Signature		Date
2) STATUT DE L'INSCRIPTION DU MEMBRE		
REGULATORY BODY : Please fill this form and send directly to : Équipe de gestion du registre national, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1075, chemin Ste-Foy, 9 ^e étage, Québec (Québec) G1S 2M1 or registretap@msss.gouv.qc.ca		
Nom de l'organisme émetteur du permis de pratique (<i>Name of the regulatory body</i>)		
Nom du demandant (<i>Name of the member</i>)		Date de naissance (<i>Birth date</i>)
Niveau de soins (<i>Care level</i>)		Numéro de member (<i>Member number</i>)
Date inscription pour ce niveau de soin: (<i>Date of registration at this level</i>)	Statut du membre (<i>Status</i>): actif, inactif, suspendu, restreint, autre (<i>active, suspended, inactive, restrictive, other</i>)	Date d'expiration (<i>Expiration date</i>):
Le demandant a-t-il déjà fait l'objet d'une annulation, révocation, suspension ou d'une analyse? (<i>Has the licence of the member ever been revoked, suspended or under revision?</i>) Oui/Yes: <input type="checkbox"/> Non/No: <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez l'indiquer à la Partie 4 . <i>If yes, please fill section 4.</i>		
Si oui, le demandant a-t-il vu son statut lui être rétabli? <i>Has the status been returned to active without restriction?</i> Oui/Yes: <input type="checkbox"/> Date: _____ Non/No: <input type="checkbox"/>		

3) COMPÉTENCES DU MEMBRE

IMPORTANT: Veuillez joindre une copie de tous les documents précisant les compétences requises et détenues du niveau de champ de pratique que vous exercez (*Please join a copy of all documents outlining Skills, Abilities, Attitudes, and Knowledge required to practice paramedicine at this level in your jurisdiction, or fill this section with this information.*)

Le demandant a-t-il suivi toutes les formations nécessaires au maintien de son statut? (*Is the member up to date to all required training required at this level of practice ?*) Oui/Yes: Non/No: Sinon, compléter la **section 3**. (*If no, please complete Part 3*).

4) Fournissez, s'il vous plait, les détails si la formation du membre n'est pas complète vs le champ pratique de votre province. (*Please give details concerning all missing training vs the competencies recognized in your province.*)

5) Fournissez, s'il vous plait des détails ci-dessous si l'enregistrement/licence de cette personne a déjà été refusé, révoqué, suspendu, limité ou sous un comité d'examen. (*Please give details concerning all refused, restricted or suspended licence or disciplinary actions; please specify dates associated.*)

Coordonnées de la personne à contacter pour informations supplémentaires (et commentaires si applicable); *contact person if supplemental information is required.*

Nom (*Name*) :

Titre (*Title*) :

Signature :

Date :

Numéro de téléphone (*Phone number*) :

Courriel (*Email*) :

Sceau officiel (*Seal*)