

FORMULAIRE ARM ORTHOPHONIE

**DEMANDE D’EXEMPTION**

NOM : Cliquez ici PRÉNOM : Cliquez ici

ADRESSE : Cliquez ici

TÉLÉPHONE : Cliquez ici

ADRESSE ÉLECTRONIQUE : Cliquez ici

Ce formulaire d’exemption s’applique à tout candidat qui a obtenu son Certificat de Capacité d’Orthophoniste (CCO) en France **avant 2018** et estime qu’il a acquis, par l’expérience professionnelle ou de la formation continue, des compétences dans l’un ou plusieurs de ces domaines :

* Troubles de la fluidité
* Suppléance à la communication
* Méthodes de recherche en orthophonie
* Counseling

Lisez attentivement les instructions suivantes avant de remplir ce formulaire.

Pour chacun des domaines cochés ci-après, veuillez fournir les explications et la documentation requise.

Troubles de la fluidité

Suppléance à la communication

Méthodes de recherche en orthophonie

Counseling

Décrivez, attestations à l’appui, **votre expérience professionnelle** (rémunérée-**R** ou bénévole-**B**) dans **chacun des domaines** cochés. Assurez-vous d’indiquer les détails de clientèles (âge, problématiques rencontrées et temps consacré auprès de cette clientèle), les fonctions occupées et les tâches demandées, la durée de l’emploi, etc.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domaine** | **R**  **ou**  **B** | **Endroit de l’activité, dates de début et de fin d’entrée en fonction et nombre d’heures par semaine auprès de la clientèle en lien avec le domaine** | **Âge(s) et problématiques**  **de la clientèle** | **Tâches accomplies** | **Proportion du temps consacré à cette clientèle** |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |

**Identifiez les trois principaux apprentissages** que vous avez réalisés à travers vos activités professionnelles pour cette clientèle, et ce, pour **chaque domaine coché**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domaine** | **Activités ayant permis de**  **réaliser l’apprentissage** | **Apprentissages réalisés** | **Lien avec le domaine** |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |

**Inscrivez vos activités de formation continue** pour les cinq (5) dernières années **dans chaque domaine coché.** Veuillez fournir une attestation de participation pour chaque activité.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domaine** | **Date** | **Durée** | **Titre de la formation et**  **description sommaire** | **Notions couvertes** | **Nom des formateurs et**  **organisme dispensateur** | **Impacts sur la pratique** |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici | Cliquez ici |

Quels étaient les **objectifs** motivant les choix de votre programme de formation continue pour **chacun des domaines**?

Domaine : Cliquez ici

Objectifs : Cliquez ici

Domaine : Cliquez ici

Objectifs : Cliquez ici

Domaine : Cliquez ici

Objectifs : Cliquez ici

Domaine : Cliquez ici

Objectifs : Cliquez ici

**En vous appuyant sur le Profil de compétences** [**nationales**](http://www.ooaq.qc.ca/Envoi_aux_membres/2018-documents/Profil-de-competences-nationales-pour-lorthophonie.pdf) **pour l’orthophonie, décrivez comment s’actualisent vos compétences dans l’un ou l’autre de ces domaines pour les rôles que vous estimez qui s’appliquent**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compétences** | **Domaine** | **Comment s’actualise cette compétence dans votre pratique** |
| Rôle d’expert comme orthophoniste | Cliquez ici | Cliquez ici |
|  | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Rôle de communicateur | Cliquez ici | Cliquez ici |
|  | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Rôle de collaborateur | Cliquez ici | Cliquez ici |
|  | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Rôle de défenseur | Cliquez ici | Cliquez ici |
|  | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Rôle d’érudit | Cliquez ici | Cliquez ici |
|  | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Rôle de gestionnaire | Cliquez ici | Cliquez ici |
|  | Cliquez ici | Cliquez ici |
| Rôle de professionnel | Cliquez ici | Cliquez ici |
|  | Cliquez ici | Cliquez ici |

**La pratique basée sur des faits scientifiques se fonde sur 3 principes : l’expertise clinique, les données de recherche et le point de vue du client.**

Indiquez, en quelques lignes, de quelle façon vous intégrez ces principes dans chaque domaine coché.

Domaine : Cliquez ici

Domaine : Cliquez ici

Domaine : Cliquez ici

Domaine : Cliquez ici

En foi de quoi, j’ai signé à

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

J’atteste que tous les renseignements fournis sont exacts.

Nom du demandeur : Cliquez ici

Numéro d’ADELI : Cliquez ici