



**Important – Le présent formulaire doit être rempli par chacun des établissements d'enseignement où vous avez obtenu chacun des diplômes ou certificats de deuxième cycle que vous voulez faire valoir.**

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE REQUÉRANTE

Nom de famille :	<input type="text"/>	N° de permis :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Si différent du nom de famille		Date de naissance :	<input type="text"/>
		AAAA-MM-JJ	
Adresse :	<input type="text"/>	Pays :	<input type="text"/>
Ville (Province) :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
		(123) 123-1234	

### ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

**Cette section doit être remplie par le représentant de l'établissement d'enseignement qui a délivré le diplôme.**

Nom de l'établissement :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>	Pays :	<input type="text"/>
Ville (Province) :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
<b>Représentant de l'établissement d'enseignement :</b>			
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Titre :	<input type="text"/>		
Courriel :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Atteste que la personne requérante identifiée ci-dessus, identifiée sur le diplôme		N° étudiant :	<input type="text"/>
A suivi le programme de :	<input type="text"/>	Date de début :	<input type="text"/>
Nom du programme d'études		AAAA-MM-JJ	
		Date de fin :	<input type="text"/>
		AAAA-MM-JJ	
Détient un diplôme de :	<input type="text"/>	Obtenu le :	<input type="text"/>
Nom du diplôme		AAAA-MM-JJ	
		Langue d'études :	<input type="text"/>

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans la présente demande.

J'autorise l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à procéder à sa vérification au besoin.

Signature :

Date de signature :

Veillez apposer votre  
sceau ou cachet dans cet  
espace

**Le formulaire doit être rempli, signé et retourné à la personne requérante.**



### DESCRIPTION DU PROGRAMME EN SCIENCES INFIRMIÈRES

Cette section doit être remplie par le représentant de l'établissement d'enseignement qui a délivré le diplôme.

Préalable au programme de formation :

#### Volet théorique

Nombre d'heures effectuées

Recherche scientifique	<input type="text"/>	h
Aspects éthiques et aspects légaux	<input type="text"/>	h
Fondements théoriques	<input type="text"/>	h
Rôle de l'infirmière en pratique avancée	<input type="text"/>	h
Intervention auprès de la famille	<input type="text"/>	h
<b>Nombre total d'heures</b>	<input type="text"/>	h

#### Volet théorique particulier à la clientèle visée par la spécialité

Physiopathologie avancée	<input type="text"/>	h
Pharmacologie avancée	<input type="text"/>	h
Évaluation clinique avancée	<input type="text"/>	h
Personne âgée	<input type="text"/>	h
<b>Nombre total d'heures</b>	<input type="text"/>	h

#### Volet pratique

Stage clinique dans le domaine visé par la spécialité	<input type="text"/>	h
<b>Nombre total d'heures</b>	<input type="text"/>	h

Joindre le programme de l'établissement d'enseignement en vigueur au moment de la délivrance du diplôme (cours théoriques et cours pratiques)

### STAGES

Cette section doit être remplie par le représentant de l'établissement d'enseignement qui a délivré le diplôme.

Nom du stage	Clientèles vues	Nombres d'heures