

RECONNAISSANCE D'UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT



Association
Québécoise des
Ostéopathes

AU SERVICE DES QUÉBÉCOIS DEPUIS 2000

Les écoles d'ostéopathie qui souhaitent faire reconnaître leur programme d'enseignement doivent offrir la formation depuis au moins 5 ans et posséder leurs propres locaux. La formation qui y est offerte doit également contenir l'ensemble des aspects essentiels d'une formation en ostéopathie.

Plusieurs documents doivent être joints à votre demande, assurez-vous de tous les inclure afin que votre demande soit acceptée.

Date: **JJ/MM/AAAA**

A. ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Nom de l'établissement: _____

Site internet: _____ Page Facebook: _____

Adresse: _____ Bur.: _____ Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ Cell.: _____ Courriel: _____

Nom du Directeur de l'établissement: _____

B. CONTENU DE LA FORMATION ET QUALIFICATION DES ENSEIGNANTS

1. Votre établissement existe depuis combien d'années? _____

2. Détenez-vous les droits d'auteur des documents remis aux étudiants? OUI NON

3. Nombre d'heures total de la formation: _____ Sur combien d'années: _____ Joignez le programme de cours.

4. Joignez les plans de cours théoriques et pratiques en incluant le nombre d'heures pour chacun des cours.

5. Dressez la liste des enseignants pour chacun des cours et joignez les documents démontrant qu'ils ont les connaissances et les compétences pour enseigner adéquatement cette matière (*utilisez l'Annexe A des 2 pages suivantes*).

6. Joignez le protocole de vérification des connaissances acquises (examens).

7. Joignez une copie du diplôme qui sera remis aux étudiants.

8. Quels sont les documents de travail que vous utilisez?

9. Dressez la liste des équipements de travail que vous utilisez.

10. Quelles sont les méthodes pédagogiques utilisées par les formateurs? (Chartes, PowerPoint, etc.)

11. Joignez tout autre document pertinent pour l'analyse de votre demande.

D. CONFIRMATION

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et que toute information nécessaire à l'évaluation du programme de formation a été jointe.

Signature du Directeur de l'établissement

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____

COURS _____

Nom du formateur: _____ Prénom du formateur: _____

Titre professionnel: _____

Fait-il partie d'un Ordre ou d'une Association professionnelle? OUI NON Lequel/laquelle: _____