

TRMFE Liste de contrôle des documents du demandeur

Last Updated: Aug 22, 2025

Nom complet du candidat:

ACTRM/ CAMRT ID:

Discipline:

Pays Éducation terminée:

Province où vous envisagez de travailler:

Adresse postale du candidat:

Adresse e-mail du candidat:

Avez-vous reçu l'approbation de CMRIPS or NSCMIRTP pour que l'évaluation des diplômes soit effectuée par TRMFE:

CMRIPS NSCMIRTP N/A

Avez-vous été évalué par TRMFE auparavant pour une autre discipline?: Oui Non

Si oui, indiquez quelle discipline:

Veillez confirmer que vous avez joint les documents obligatoires suivants à votre demande. Cochez chaque case et assurez-vous que les critères pour chaque document sont remplis. Numérisez chaque document de manière claire et nommez-le comme indiqué ci-dessous.

Si vous ne fournissez pas tous les documents lors de votre première demande, l'examen de votre dossier sera retardé.

#	Documents requis	Inclus	Critères obligatoires	À l'usage exclusif de l'ACTRM
1.	Demande d'évaluation	Oui <input type="checkbox"/>	Toutes les sections sont remplies et toutes les pages sont signées. Nom du fichier: 1_APPL_ nom de famille	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2.	Diplôme ou certificat universitaire (ça doit être notarié)	Oui <input type="checkbox"/>	Ça doit être notarié. Comprend le cachet du notaire et les informations nécessaires. Nom du fichier: 2_DIPL_ nom de famille	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.	Relevé de notes officiel (ça doit être notarié)	Oui <input type="checkbox"/>	Ça doit être notarié. Comprend le cachet du notaire et les informations nécessaires. Nom du fichier: 3_TRAN_ nom de famille	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4.	Programme d'études ou description des cours du programme	Oui <input type="checkbox"/>	Doit inclure: Liste détaillée des cours avec descriptions. Description des méthodes d'évaluation pour les composantes théoriques et cliniques. Nom du fichier: 4_CURR_ nom de famille	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5.	Évaluation des compétences cliniques	Oui <input type="checkbox"/>	Doit inclure: Expérience professionnelle au cours des 5 dernières années. Initiales du supérieur hiérarchique incluses. Cachet de l'établissement inclus. Nom du fichier: 5_CAC_ nom de famille	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

6.	Lettre de confirmation d'emploi	Oui <input type="checkbox"/>	<p>Doit inclure: Être rédigé sur papier à en-tête de l'établissement. Confirmer le nombre total d'heures de pratique. Indiquer la date de fin d'emploi ou confirmer que vous êtes actuellement employé. Confirmer le titre du poste. Fournir les coordonnées de l'employeur. Indiquer la date d'émission de la lettre.</p> <p style="color: red;">Nom du fichier: 6_COE_ nom de famille</p>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7.	Lettre de recommandation	Oui <input type="checkbox"/>	<p>Doit inclure: Soyez une référence professionnelle. Indiquez depuis combien d'années la personne qui vous recommande vous connaît.</p> <p style="font-size: small;">Click or tap here to enter text.</p> <p style="color: red;">Nom du fichier: 7_REF_ nom de famille</p>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8.	Preuve de maîtrise de la langue	Oui <input type="checkbox"/>	<p>Doit répondre aux critères indiqués sur notre site web.</p> <p style="color: blue;">Exigences liées à la maîtrise de la langue</p> <p style="color: red;">Nom du fichier: 8_LANG_ nom de famille</p>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9.	Enregistrement auprès d'une association/d'un organisme de réglementation NON OBLIGATOIRE	Oui <input type="checkbox"/>	<p>Veuillez noter l'organisation</p> <p style="color: red;">Nom du fichier: 9_REG_ nom de famille</p>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.	Preuves pertinentes des activités de formation continue NON OBLIGATOIRE	Oui <input type="checkbox"/>	<p>Non obligatoire</p> <p style="color: red;">Nom du fichier: 10_CPD_ nom de famille</p>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Confirmation:

En signant ci-dessous, je confirme avoir rassemblé tous les documents obligatoires énumérés ci-dessus et que chaque document répond aux critères spécifiés sur le site Web de l'ACTRM (la liste de contrôle ci-dessus n'est pas exhaustive). Je comprends que si ma demande est incomplète, elle me sera renvoyée, ce qui retardera le délai de traitement.

Signature du demandeur: _____

Date:

Documents supplémentaires

If Si vous disposez de documents supplémentaires, veuillez les énumérer ci-dessous et les décrire brièvement.

Documents supplémentaires	Description
Click or tap here to enter text.	Click or tap here to enter text.
Click or tap here to enter text.	Click or tap here to enter text.
Click or tap here to enter text.	Click or tap here to enter text.
Click or tap here to enter text.	Click or tap here to enter text.

À l'usage exclusif de l'ACTRM	
Date Received Complete Assessment Application:	Click or tap to enter a date.
Applicants' Last Date of Employment:	Click or tap to enter a date.
Date Readiness Checklist Completed:	Click or tap to enter a date.
Date Payment Processed:	Click or tap to enter a date.
Date Assessor was Notified:	Click or tap to enter a date.
Individual who Completed Readiness Checklist:	Click or tap here to enter text.