

<i>Réservé à l'administration</i>	
Reçu le	Reçu No.
Approuvé/ Refusé (Motif)	Émis le

Formulaire de demande de certification d'une formation de l'ACR

Veillez inclure dans cette demande tous vos documents pertinents

Section 1: Informations du requérant/Informations personnelles

Langue de préférence: Anglais Français

Nom de la compagnie (S'il y a lieu): _____

Nom de l'instructeur : _____

Nom de la formation/Atelier: _____

Adresse/Boite Postale: _____ (Adresse postale exigée)

Ville: _____ Province/ État: _____ Code Postal: _____

N° de tel professionnel: _____ Site web: _____

Cellulaire: _____ Courriel: _____

Restons connectés ! Veillez nous avertir pour tout changement d'adresse ou de courriel.

Section 2: Renseignements académiques

Veillez inclure l'information suivante avec votre formulaire de demande. Pour plus de détails sur nos critères, veillez vous référer aux politiques générales et aux lignes directrices de l'Accréditation de L'ACR Partie II.

1. Nom de la formation/l'atelier;
2. Description et plan de cours/atelier détaillé – ainsi que tout le matériel qui a été fourni (manuels inclus), tous les certificats, etc.;
3. Le nombre d'heures de cours ou d'enseignement (théoriques et/ou pratiques);
4. Le coût du programme;
5. Le curriculum vitae et les diplômes des animateurs/instructeurs et de leurs assistants.

L'instructeur doit mentionner toute personne ayant participé au programme à l'aide de documents ayant les informations suivantes :

1. Le nom de la formation/l'atelier;
2. La durée (nombre d'heures);
3. Le nom de l'instructeur/animateur, qualifications, and site internet s'il y a lieu;
4. Le matériel (manuels, photocopiés, etc);
5. Le certificat de présence avec la date d'émission, le logo de l'instructeur ou son nom, et le nombre de CFCs.



Section 3: Données de paiement (à l'ordre de l' "Association canadienne de Réflexologie" en dollars canadiens)

Frais de demande (non-remboursables)

Résidents canadiens: \$75 plus TPS/TVH / PAR CLASSE

(Veuillez noter que les taxes adéquates seront appliquées automatiquement lors d'un paiement par carte de crédit. Si le montant des taxes inscrites sur votre chèque est incorrect, votre demande ne sera pas traitée jusqu'à ce que le montant exact soit réglé.)

Hors Canada: \$75

\$ 75.00 Frais de traitement

\$ _____ (GST/HST)

\$ _____ **Total**

Pour un paiement par carte de crédit, remplissez les champs ci-dessous:

Nom du titulaire de la carte _____

N° de carte _____ Exp. _____ CVV _____

Signature _____

Méthode de paiement:

En ligne
 Chèque
 Mandat bancaire/Virement
 MasterCard
 Visa
 Discover

Section 4: Accord contractuel

En quel cas que la formation a été déclarée admissible pour être accrédité par l'association canadienne de réflexologie (ACR),

_____ (compagnie ou nom du propriétaire des droits de la formation/ atelier)
 s'engage à promouvoir et adhérer aux principes et aux objectifs de l'association tels que décrits dans le code de conduite de d'éthique et les normes de pratiques de l'ACR.

I En quel cas que la formation est déclarée admissible pour être accréditée, je m'engage/nous nous engageons à inclure sur mon/notre site internet ainsi que sur mon/notre matériel pédagogique la déclaration suivante : "Accrédité par l'Association canadienne de réflexologie pour xx crédits."

Je m'engage/nous nous engageons à faire réévaluer cette formation tous les trois ans afin de continuer à satisfaire aux standards des formations accréditées par l'Association canadienne de réflexologie et de garder le droit d'utiliser la déclaration suivante suivi du nom de la formation : "Accrédité par l'Association canadienne de réflexologie."

En quel cas que la formation est déclarée admissible pour être accréditée, je m'engage/nous nous engageons à signaler à l'ACR le moindre changement au sujet de la formation à compter de 30 jours

Je m'engage/nous nous engageons à fournir à chaque participant un certificat d'accomplissement, lequel contiendra le nom du participant, la date d'achèvement, le nombre d'heures/ de crédits, le nom de la formation et la signature du précepteur.

Je comprends/nous comprenons que toutes les informations personnelles qui ont été déclarées dans le cadre de cette application seront utilisées pour cet usage uniquement, et ne seront ni partagés à des tiers, ni utilisées pour toute autre fin, sauf par votre autorisation explicite par écrit au préalable.

Nom /Nom de la compagnie (s'il y a lieu): _____

Signature autorisée: _____ Date: _____



Veillez soumettre ce formulaire signé ainsi que toute documentation complémentaire à info@reflexologycanada.org

