

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE



Informations préalables :

Ce formulaire est à compléter par la personne agissant à titre de responsable ou d'organisateur d'activités de formation continue qui demande une reconnaissance des activités en question par l'Ordre aux fins de l'octroi d'unités de formation continue (UFC) à ses membres.

Sur la base des informations soumises, l'analyse de la demande sera effectuée afin de déterminer si elle répond aux exigences applicables. La décision de reconnaître ou non l'activité sera communiquée au responsable ayant rempli le présent formulaire dans les meilleurs délais.

À noter que toute décision de reconnaissance d'une activité peut être révoquée par l'Ordre dans la mesure où il est établi que les informations fournies au soutien de la demande de reconnaissance, notamment les informations transmises par l'entremise du présent formulaire sont fausses ou erronées ou que l'activité ne satisfait pas aux exigences applicables.

1. Identification de l'organisateur

Nom du responsable /organisateur: Cliquez ici pour entrer du texte.

Titre : Cliquez ici pour entrer du texte.

Organisme: Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse Cliquez ici pour entrer du texte.

Ville : Cliquez ici pour entrer du texte.

Code postal : Cliquez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte. Télécopieur : Cliquez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ici pour entrer du texte.

2. Type d'activité

Activité en salle

Activité à distance sans contrôle de présence (avec évaluation écrite des connaissances)

Activité à distance avec contrôle de présence (caméra web ou autre moyen technologique équivalent)

3. Titre de l'activité

Cliquez ici pour entrer du texte.

4. Date de l'activité

Si ponctuelle

Cliquez ici pour entrer du texte.

Si récurrente, indiquez la 1^{ère} activité

(l'activité sera reconnue la période de référence en cours)

Cliquez ici pour entrer du texte.

5. Durée de la formation

Durée : Cliquez ici pour entrer du texte.

- Prière d'indiquer uniquement la durée de la formation excluant les pauses, repas et autres activités non éducatives.
- Pour les activités à distance sans contrôle de présence indiquer le temps estimé pour la lecture et/ou le visionnement et remplir l'évaluation des connaissances.

6. Lieu de l'activité

Cliquez ici pour entrer du texte.

7. Nom du formateur et titre

Cliquez ici pour entrer du texte.

8. Statut de l'organisme

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ordre professionnel | <input type="checkbox"/> Association professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Établissement d'enseignement universitaire | <input type="checkbox"/> Établissement de santé |
| <input type="checkbox"/> Fabricant de produits ophtalmiques | <input type="checkbox"/> Dispensateur de services oculovisuels |
| <input type="checkbox"/> Autres, veuillez préciser ci-après : Cliquez ici pour entrer du texte. | |

9. Critères de reconnaissance

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • L'organisateur dispose des ressources scientifiques et pédagogiques adéquates en vue d'assurer la qualité des activités visées par la présente demande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les formateurs qui réaliseront les activités détiennent les connaissances et les compétences reconnues à cette fin et ne sont pas dans une situation de nature à soulever un doute quant à leur intégrité et à leur objectivité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'objectif de l'activité est de permettre aux participants d'acquérir des connaissances, de nature théorique ou clinique, dans une perspective objective et qui n'est pas strictement promotionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'activité ou certaines d'entre elles sont approuvées par COPE dans les catégories
<i>Joindre les numéros COPE au plan sommaire du contenu.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'activité ou certaines d'entre elles portent sur la gestion de cabinet optométrique, l'éthique ou la jurisprudence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <u>Activité avec contrôle de présence (compléter au besoin)</u>
Un contrôle de la présence physique continue de chaque participant tout au long de l'activité et conduisant à la délivrance par l'organisateur d'une attestation faisant état de la durée de cette présence sera effectuée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <u>Activité à distance sans contrôle de présence : (compléter au besoin)</u> <ul style="list-style-type: none">o Un contrôle par une évaluation écrite des connaissances acquises au cours de l'activité pour les formations offertes à distance devant conduire à l'émission d'une attestation à l'effet que cette évaluation sera complétée (un résultat minimum de 50% est requis)o L'organisateur de l'activité à distance s'est assuré de la révision scientifique du contenu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le formateur déclarera clairement et explicitement, s'il y a lieu, tout intérêt financier et toute situation potentielle de conflits d'intérêts en regard du sujet de l'activité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le matériel requis est fourni avec la demande (objectifs, plan sommaire, support visuel, invitation, note biographique, formulaire de divulgation de conflits d'intérêts complété) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Documents à joindre

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Objectifs | <input type="checkbox"/> Plan sommaire de l'activité et support visuel | <input type="checkbox"/> Invitation |
| <input type="checkbox"/> Notes biographiques (formateur, auteur) | <input type="checkbox"/> Formulaire de divulgation de conflits d'intérêts | |

Pour les activités à distance sans contrôle de présence : Questionnaire d'autoévaluation Article ou texte

11. Déclaration du répondant

Je, responsable ci-devant identifié, atteste, au nom de l'organisateur ci-devant identifié, que les informations transmises par l'entremise du présent formulaire sont vraies.

Signature : Cliquez ici pour entrer du texte. Date : Cliquez ici pour entrer du texte.

Veillez retourner le formulaire au :
1265 rue Berri, bureau 505, Montréal, Québec, H2L 4X4
Tél. 514.499-0524 - Téléc. 514.499.1051 -
info@ooq.org