

## Directives

1. Remplissez tous les champs obligatoires du formulaire de demande.

*\*Remarque :* Veuillez sauvegarder une copie du formulaire de demande une fois rempli sur votre ordinateur et la garder dans vos dossiers.

2. Joignez à votre courriel tous les documents pertinents (voir liste ci-dessous) et envoyez le tout à l'adresse [credentials@collegeroyal.ca](mailto:credentials@collegeroyal.ca)

**Si votre demande est acceptée**, l'admissibilité aux examens sera accordée pour une période de trois années consécutives, à compter de l'année pour laquelle vous avez présenté une demande.

Les reports ne seront accordés que lors de circonstances exceptionnelles. Pour plus d'information, veuillez consulter la section 5.8 des [Politiques et procédures d'obtention du certificat et du titre d'Associé](#)

Clause de renouvellement: Pour plus d'information, veuillez consulter la section 5.7 des [Politiques et procédures d'obtention du certificat et du titre d'Associé](#)

## Prière d'acheminer vos formulaires dûment remplis à:

Courriel: [credentials@collegeroyal.ca](mailto:credentials@collegeroyal.ca) Télécopieur: 613-730-3707

Un accusé de réception vous sera envoyé dans un délai de cinq jours ouvrables.

Le Collège royal doit avoir vos **coordonnées à jour** en tout temps.

**Remarque:** En raison du nombre élevé de demandes, nous vous saurions gré de ne pas contacter l'Unité des titres afin d'assurer le traitement rapide, juste et équitable des demandes.

Nous comprenons à quel point votre évaluation est importante, et nous mettrons tout en oeuvre pour examiner votre demande dans les plus brefs délais. Nous communiquerons avec vous si d'autres renseignements sont requis durant le traitement de votre demande.

## Autres documents requis

Votre demande ne sera pas acceptée si vous ne fournissez pas toute l'information ou l'ensemble des documents exigés



**Requis:** Une photocopie de votre diplôme de médecine en français ou en anglais (Les diplômes présentés dans une langue étrangère doivent être traduits en anglais ou en français, et accompagnés d'un document attestant qu'il s'agit d'une traduction fidèle au document original)

## Dates limites

La **date limite** pour soumettre votre demande d'évaluation d'un programme de formation de résidents au Canada est:

- **Spécialités:** le 30 avril de l'année précédant celle où vous souhaitez devenir admissible aux examens.
- **Surspécialités et Fondements chirurgicaux :** le 31 août de l'année précédant celle où vous souhaitez devenir admissible aux examens.

Si vous présentez votre demande après la date limite, vous serez tenus de payer les frais de retard au moment de soumettre votre demande. ***Il n'est pas garanti que votre demande sera traitée avant la date limite d'inscription à l'examen.*** Veuillez consulter le barème ci-joint.

## Frais

Vous trouverez ci-joint un formulaire d'autorisation de paiement par carte de crédit. Veuillez remplir le formulaire ci-joint autorisant l'usage de la carte de crédit pour les frais applicables. Si vous présentez votre demande après la date limite, veuillez ajouter les frais de retard non remboursables en plus des frais d'évaluation.

### Frais d'évaluation

Spécialités et Fondements chirurgicaux	\$730
Surspécialités	\$380

### Frais de pénalité

Demande est moins de 90 jours après la date limite	\$710
Demande est plus de 90 jours après la date limite	\$1,410

À l'usage du Collège royal

Université	<input type="text"/>	Année d'examen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spécialité	<input type="text"/>					

Avez-vous déjà présenté une demande d'évaluation au Collège royal?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
--	---------------------------	---------------------------

### Renseignements personnels

Prénom	<input type="text"/>	Sexe	<input type="text"/>
Deuxième prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nom de famille	<input type="text"/>	Année de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Coordonnées

<input type="checkbox"/> Adresse personnelle	<input type="checkbox"/> Adresse professionnelle		
Nom et numéro de la rue	<input type="text"/>	Numéro d'appt	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Province	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Poste	<input type="text"/>
		<input type="radio"/> Domicile	<input type="radio"/> Affaire <input type="radio"/> Cellulaire
Courriel	<input type="text"/>		
Langue de correspondance	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	

### Diplôme universitaire de docteur en médecine

Diplôme	<input type="text"/>	Université	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
		Année obtenu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Formation post universitaire

Année d'études postdoctorales	Date de début	Date de fin	Position	Université	Directeur du programme

La date anticipée de votre fin de formation:

Votre formation a-t-elle été interrompue ou repoussée? Si oui, veuillez remplir le tableau suivant.  Oui  Non

Date de début	Date de fin	Type de congé/Description

Est-ce que vous planifiez compléter votre 4<sup>ième</sup> ou 5<sup>ième</sup> année de formation dans une surspécialité? Si oui, veuillez remplir le tableau suivant.  Oui  Non

Date de début

Surspécialité	Université	Directeur du programme
<input type="text"/>		

Avez-vous fait l'objet d'une révocation de votre permis ou certificat par une autorité médicale et/ou fait l'objet de mesures disciplinaires? Si oui, veuillez préciser.  Oui  Non

Veuillez préciser

Avez-vous besoin des [accommodements spéciaux](#) pour l'examen de certification? (Veuillez visiter le site Web du Collège royal pour plus d'informations sur les [accommodements spéciaux](#))

Oui  Non

## Déclaration

Tous les renseignements personnels, biographiques ou qui se rapportent à vos études universitaires sont confidentiels et sont utilisés à des fins légitimes par certains membres du personnel du Collège royal. Le Collège royal peut échanger des renseignements vous concernant seulement avec votre Doyen postdoctorale ou votre directeur de programme, à moins d'avis contraire.

Je comprends que toute fausse information ou documentation fourni par moi à l'appui de cette demande peut entraîner le refus de cette demande.

Je comprends que si ma demande est soumise après les dates d'échéances applicables, je serai tenu de payer les frais de retard en vigueur au moment de la soumission de ma demande.

Je me conformerai aux politiques et modalités s'appliquant à l'octroi de certificats et du titre d'Associé.

J'accepte de respecter les décisions du Collège royal.

## Autorisation du candidat

### Énoncé de confidentialité du candidat

En cliquant, je m'engage à respecter la confidentialité de l'examen et je reconnais que je comprends ce qui suit:

- En cas de violation de la confidentialité, mes résultats d'examen sont susceptibles d'être annulés, et le Collège royal peut informer les autorités canadiennes responsables de l'émission du permis d'exercice de la situation
- Je reconnais que les questions d'examens sont protégées par le droit d'auteur et qu'elles sont la propriété exclusive du Collège royal.
- Je reconnais également que toute reproduction, diffusion ou autre forme de divulgation des questions d'examens, en tout ou en partie, est formellement interdite, et que le Collège royal est en droit de prendre toutes les mesures disciplinaires à sa disposition ou d'intenter des poursuites en justice contre les candidats ou toute autre personne qui violent cette clause de confidentialité.

Par souci d'améliorer la formation postdoctorale, il est souhaitable de transmettre aux directeurs de programmes agréés par le Collège royal, offerts dans des *universités Canadiennes*, des renseignements sur la performance à l'examen des résidents formés dans le cadre de ces programmes.

**D'accord**

Date

Date de la demande

### Renseignements du requérant:

Nom du requérant:

Montant:

**\*\*Prière de noter:** Le Collège royal débitera la carte de crédit en dollars canadiens

Type de carte de credit:

Visa

Mastercard

Amex

### Renseignements de la carte de crédit:

Numéro de la carte:

Date d'expiration (MM/AA):

Nom du détenteur de la carte:

En cliquant sur le bouton « J'accepte », vous autorisez le Collège royal à débiter les frais d'évaluation non remboursables de la carte de crédit identifiée plus haut au montant indiqué.

**J'accepte**

### À L'USAGE DU COLLÈGE ROYAL SEULEMENT

Date	<input type="text"/>	Code de revenu financier			
		Code	<input type="text"/>	Montant	<input type="text"/>
# d'identification	<input type="text"/>	Code	<input type="text"/>	Montant	<input type="text"/>
		Code	<input type="text"/>	Montant	<input type="text"/>
Initiales de l'agent	<input type="text"/>	Code	<input type="text"/>	Montant	<input type="text"/>
		Code	<input type="text"/>	Montant	<input type="text"/>