



Pearson

Retourner ce formulaire dûment rempli avec votre commande à :

Pearson Canada Assessment Inc., Service à la clientèle, Section Qualification, 26 place Prince Andrew, Toronto (Ontario) M3C 2T8

ou par courriel : cs.canada@pearson.com

Pearson Canada Assessment Inc. maintient un engagement très important envers les pratiques professionnelles en ce qui a trait à l'évaluation. Parmi notre large offre d'outils d'évaluation, certains outils sont disponibles seulement aux professionnels qualifiés d'après les principes institués dans le Professional Affairs Committee Working Group on Test Publishing Industry Safeguards sanctionné par la Société canadienne de psychologie et dans les Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct établis par le American Psychological Association. La permission d'acheter certain matériel est déterminée selon l'expertise et la formation.

Nom :	Téléphone (jour) :	Télécopieur :
Organisme/Compagnie :		
Adresse d'envoi: Rue :	Ville :	Prov. : Code postal :
Profession :		Position/Titre :
Langue préférée :	<input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français	Courriel :

Type d'organisme

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clinique/Centre de consultation | <input type="checkbox"/> Université/Collège | <input type="checkbox"/> Organisme gouvernemental | <input type="checkbox"/> Hôpital | <input type="checkbox"/> Ressources humaines |
| <input type="checkbox"/> Cabinet privé | <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation | <input type="checkbox"/> École ou Commission scolaire | <input type="checkbox"/> Agence sociale | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Domaine de spécialisation (selon la formulation ou l'expérience supervisée) **(Veuillez cocher UNE case)**

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Counselling | <input type="checkbox"/> Éducation générale | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Psychologie scolaire | <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Domaine d'intérêt (Veuillez cocher chaque case pertinente)

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rendement | <input type="checkbox"/> Troubles de comportement | <input type="checkbox"/> Cognition | <input type="checkbox"/> Petite enfance | <input type="checkbox"/> Troubles de développement |
| <input type="checkbox"/> Personnalité | <input type="checkbox"/> Psychopathologie | <input type="checkbox"/> Troubles physiques | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Éducation

- | | | | |
|---|-------------|-------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat : | Année _____ | Institution _____ | Programme d'étude _____ |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise : | Année _____ | Institution _____ | Programme d'étude _____ |
| <input type="checkbox"/> Doctorat : | Année _____ | Institution _____ | Programme d'étude _____ |
| <input type="checkbox"/> Other: | Année _____ | Institution _____ | Programme d'étude _____ |

Tranche d'âge des clients (Veuillez cocher chaque case pertinente)

- | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0-3 ans | <input type="checkbox"/> 4-6 ans | <input type="checkbox"/> 7-18 ans | <input type="checkbox"/> 19-24 ans | <input type="checkbox"/> 25-65 ans | <input type="checkbox"/> 65 ans et plus |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|

Licences/Agréments/Certificats

- | | | | |
|--|------------------------------------|----------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Certificat ou licence (Prov.) _____ | Conseil d'octroi de licences _____ | N° _____ | Date d'expiration _____ |
| <input type="checkbox"/> Certificat ou licence (Prov.) _____ | Conseil d'octroi de licences _____ | N° _____ | Date d'expiration _____ |

Adhésion à des organismes professionnels (Veuillez cocher chaque case pertinente)

- | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OOAQ | <input type="checkbox"/> OPQ | <input type="checkbox"/> SQPP | <input type="checkbox"/> OCCOPPQ | <input type="checkbox"/> CPA | <input type="checkbox"/> CAOT | <input type="checkbox"/> OEQ | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|

Témoignage des formations pertinentes dans l'utilisation des testsAvez-vous complété avec succès un cours supérieur en mesure et évaluation ? Oui Non Nom(s) du (des) cours _____Avez-vous complété avec succès un stage ou un internat en mesure et évaluation ? Oui Non Nom(s) du (des) cours _____**Fins d'utilisation des tests :** Ateliers de travail Éducation permanente Formation supervisée Autre _____**Acceptation de la responsabilité pour l'usage approprié des outils d'évaluation**Je souhaite acheter des outils d'évaluation de niveau(x) de qualification suivant(s) A B C**Correspondances et Catalogues****Aimeriez-vous recevoir les offres promotionnelles et mises à jour sur nos produits?** Courrier Courriel **ou** Non ?

Dispositions de l'entente : Je certifie que moi et/ou les personnes qui peuvent utiliser le matériel de test commandé par moi-même ai/avons une connaissance générale des principes d'évaluation ainsi que les limitations dans l'interprétation du test tel que déclaré dans les Standards for Educational and Psychological Testing et que je suis/nous sommes qualifié(s) pour interpréter les résultats de ces tests qui sont achetés tels que recommandés dans ces Standards. Chaque personne ou institution qui achète un test doit accepter de respecter les principes de base suivants de sécurité minimale : les individus évalués ne doivent pas recevoir les réponses avant de commencer le test; les utilisateurs des tests doivent adhérer aux lois sur les droits d'auteur et en aucun cas copier ou reproduire les feuilles de réponse, les livrets de test ou les manuels; l'accès au matériel de test doit être limité aux personnes qualifiées qui acceptent de protéger leur utilisation. Le matériel de test ne peut être revendu ou distribué en aucune circonstance. Je certifie également que j'ai pris connaissance des modalités et conditions d'achat et de toute autre politique mentionnée en ligne, et que je comprends et accepte ces modalités, ces conditions d'achat et ces politiques.

En remplissant ce formulaire, je consens expressément à la collection et à l'utilisation d'information personnelle afin d'établir mes qualifications et mon aptitude à administrer ces évaluations publiées par Pearson Canada Assessment, Inc. Mes informations personnelles seront gardées confidentielles et traitées conformément aux lois applicables et à la politique privée de Pearson Canada Assessment, Inc. dont la copie est accessible à l'adresse : www.PearsonClinical.ca ou par téléphone au 1-866-335-8427.

Pearson Canada Assessment, Inc. conservera cette information tant que la relation existera entre Pearson Canada Assessment, Inc. et le client. Si un client informe Pearson Canada Assessment, Inc. qu'il se retire de sa clientèle, Pearson Canada Assessment, Inc. détruira les informations du client 56 ans après l'avis. Le client peut contacter Pearson Canada Assessment, Inc. à n'importe quel moment et exiger à ce que son profil soit enlevé du dossier.

Signature _____ Date _____

Remarque : Les étudiants diplômés doivent fournir la signature d'un conseiller d'étudiants qui assume la responsabilité de superviser l'utilisation des tests.

Signature du conseiller d'étudiants (Pour les commandes d'étudiants seulement) _____ Date _____