



FORMULAIRE D'APPLICATION POUR LE DIPLÔME DE MEDICINE DU SPORT ET DE L'EXERCICE 2019

DATE: 28 avril, 2019

LIEU: Ottawa ON
L'Hôpital Montfort
713 rue Montreal
Ottawa, ON K1K 0T2

*Annexer une
photographie et
signer dans la
boîte ci-dessous*

Écrire en lettres moulées

Date de la demande:

Type d'admissibilité : Programme de perfectionnement/Fellow
Par la voie de la pratique/ Practice eligible

Nom complet (comme afficher sur le diplôme)

Adresse:

Ville: _____ **Province:** _____ **Code postale:** _____

Courriel: _____

Sexe: _____ **Nationalité:** _____ **Date de naissance:** __/__/____

Numéro de téléphone: _____



Langue maternelle :

Langue préférée pour l'examen (français/anglais) :

Études en médecine

Université:

Diplôme (s) :

Date d'obtention:

Internat (veuillez compléter si applicable)

Université: Type:

Date:

Formation postdoctorale

Université: Discipline:

Date:

Programme de perfectionnement (fellowship)(S.V.P. compléter le formulaire d'autorisation p.12)

Université: Type:

Date:



Exercice de la médecine

Nombre d'années en pratique active (lieu et date) :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Sélectionnez votre champ de pratique principal:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| ... Anesthésiologie | ... Médecine militaire |
| ... CCFP | ... Médecine neurologique |
| ... CCFP (Urgence) | ... Orthopédie |
| ... CRMCC | ... Pédiatrie |
| ... Étudiant/e | ... Physiatrie et réadaptation |
| ... Fellow/ en perfectionnement | ... Podiatrie |
| ... Gériatrie | ... Psychiatrie |
| ... Médecine cardiovasculaire | ... Résident/e |
| ... Médecine du sport | ... Rhumatologie |
| ... Médecine familiale | ... Urgence |
| ... Médecine interne | ... Autres |

Quel pourcentage de votre pratique est dédié à la médecine du sport?

Choisissez le lieu qui décrit le mieux votre pratique principale:

a) rural

b) urbain

Êtes-vous affilié(e) à une université? Oui Non

Enseignez-vous à l'université? Oui Non



Adhésion ACMSE

Êtes-vous membre de l'ACMSE? Oui Non

(Si **NON**, veuillez compléter le formulaire d'adhésion et inclure les frais avec le paiement de l'examen)

<http://casem-acmse.org>

Cette demande **NE** peut **PAS** acheminé si elle n'est pas accompagnée par les éléments qui suivent:

Par la voie de la pratique

1. Une photo signée – s'il vous plait la coller dans la case sur la première page de la demande OU l'envoyer par courriel à rmenard@casem-acmse.org
2. La liste des heures enregistrées, inscrit dans le tableau attaché à cet effet
3. Le paiement de 1500.00\$ pour les frais d'application (ceci inclus le paiement non remboursable de 200.00\$ pour les frais de l'examen (si vous payez par chèque, s'il vous plait en inclure deux) *(s'il vous plait lire la politique de remboursement attentivement)*)
4. Certificat d'attestation que vous avez participé à une conférence de médecine du sport au niveau provincial ou national *(au courant des deux dernières années)*
5. Le paiement des frais de l'adhésion à l'ACMSE doit être à jour

Par la voie programme de perfectionnement

1. Une photo signée – s'il vous plait la coller dans la case sur la première page de la demande OU l'envoyer par courriel à rmenard@casem-acmse.org
2. La liste des heures enregistrées, inscrit dans le tableau attaché à cet effet
3. Le paiement de 1500.00\$ pour les frais d'application (ceci inclus le paiement non remboursable de 200.00\$ pour les frais de l'examen (si vous payez par chèque, s'il vous plait en inclure deux) *(s'il vous plait lire la politique de remboursement attentivement)*)
4. Lettre d'attestation du directeur de votre programme de perfectionnement en médecine du sport.
5. Formulaire d'autorisation pour les résultats d'examen
6. Le paiement des frais de l'adhésion à l'ACMSE doit être à jour

ACMSE DIPLÔME EN MÉDECINE DU SPORT ET DE L'EXERCICE – 2019 FRAIS DE L'EXAMEN

Frais de l'examen 1,500.00\$ VISA M/C

Paiement par chèque #

S'il vous plait faire deux chèques, un au montant de 200.00\$ et le deuxième de 1300.00\$

Note: Le paiement pour les frais de l'examen sera seulement encaissé lorsque une place à l'examen peut être assurée et après le délai indiqué sur le site de l'ACMSE.
La politique d'annulation sera en vigueur après la date d'échéance des applications.

Numéro de carte: _____

Date d'expiration: ____/____

NOM SUR LA CARTE _____

Signature: _____

Date:

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS D'EXAMEN EN MÉDECINE DU SPORT ET DE L'EXERCICE ACMSE

Les candidats intéressés doivent soumettre le formulaire d'application et le paiement des frais de l'examen, soit de 1500.00\$, pour confirmer leur place lors de l'examen pour l'obtention du diplôme de l'ACMSE.

Date de l'Examen: 28 avril, 2019

Lieu: l'hôpital Montfort, Ottawa, ON

Politique de retrait ou d'annulation

UN AVIS ÉCRIT DU RETRAIT de l'examen DOIT ÊTRE REÇU PAR LE BUREAU DE L'ACMSE.

Si l'avis du retrait est reçu après que votre application a été approuvée (après que la date et le lieu a été confirmé et que vous avez accepté de siéger à l'examen) la politique suivante s'appliquera:

Politique de dégradation

3 mois avant la date de l'examen, le candidat perd son paiement complet de 1500.00\$. (*28 janvier, 2019*)

3 - 5 mois avant la date de l'examen, le paiement de 200\$ pour les frais administratifs ne sera pas remboursé. \$800 sera mis de côté pour compléter le paiement de l'un des deux prochains examens et 500\$ seront remboursés si un autre candidat accepte de vous remplacer. (*28 novembre, 2018 au 28 janvier, 2019*)

De la date à laquelle votre candidature est acceptée jusqu'à 5 mois avant la date de l'examen, les frais administratifs de 200\$ ne seront pas remboursés et 1300\$ sera remboursé au candidat. (*jusqu'au 28 novembre, 2018*)

ADMISSIBILITÉ À L'EXAMEN DE MÉDECIN DU SPORT ET DE L'EXERCICE ACMSE

1. Tous les candidats et candidates doivent être membres en règle de l'ACMSE au moment de déposer leur demande d'examen et ils doivent aussi répondre aux exigences suivantes.
2. Tous les candidats doivent être en possession d'un permis d'exercice médical valide. Les médecins exerçant à l'extérieur du Canada doivent être autorisés à exercer dans leur pays de résidence.
3. Les candidats doivent répondre à un des critères suivants ((dans des cas particuliers, des candidats peuvent être autorisés à assister à l'examen en dépit de ne pas remplir tous les critères) :
 - a. Le candidat ou la candidate doit avoir complété deux ans d'exercice MÉDICAL indépendant au moment de l'examen, avoir assisté à un congrès de médecine du sport (provincial ou national) et il doit avoir un minimum de 50 heures de couverture d'événements sportifs documenté (détails sur le formulaire d'inscription).

OU

 - b. Le candidat ou la candidate doit être un membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou avoir un certificat CCMF et avoir terminé une année de perfectionnement (fellowship) en médecine du sport dans un centre médical universitaire reconnu. Le programme doit inclure la participation à un minimum de 50 heures de couverture d'événements sportifs documenté (détails sur le formulaire d'inscription)*.

(pour les candidats inscrit au perfectionnement (fellowship) en médecine de sport d'un an et qui désirent passer l'examen avant la fin de la formation, le diplôme de médecine du sport et de l'exercice sera émis lorsque l'année de perfectionnement (fellowship) sera complétée avec succès.)*

Le perfectionnement (fellowship) en médecine du sport est reconnu selon les critères suivants :

- Une lettre signée par un médecin affilié à un centre universitaire et diplômé de l'ACMSE. Le document doit faire la preuve que le candidat a travaillé sous la supervision du soussigné et que le candidat est préparé à répondre aux compétences reconnues en médecine du sport et de l'exercice (déterminé par le comité de fellowship ACSME)
- L'année de perfectionnement doit être une année ininterrompue.

Si vous avez besoin de demander une exemption à l'admissibilité à l'examen de diplôme de médecine du sport et de l'exercice veuillez communiquer avec le président du comité de l'accréditation, Dr Kent Pottle kent@eastlink.ca.

CODE DE CONDUITE

Toutes actions qui pourraient compromettre la mise sur pied de l'examen du Diplôme de Médecine du Sport et de l'exercice administré par l'Académie Canadienne de Médecine du Sport et de l'Exercice (ACMSE) sont considérées comme étant une action non-professionnelle et une infraction du Code du Candidat. Ces actions peuvent inclure :

- tenter de donner ou de recevoir de l'information d'autres candidats (parler ou passer des notes) ou d'autres sources (ex: utiliser un dispositif électronique) durant l'évaluation,
- tenter de voir les réponses de, ou de montrer ses réponses à un autre candidat,
- tenter de copier ou de partir avec du matériel de l'examen du site de l'évaluation,
- tenter de divulguer à quiconque la nature ou le contenu d'une question ou d'une réponse de l'Évaluation pour l'obtention du Diplôme de Médecine du Sport et de l'exercice.

Tous candidats qui ne respectent pas le Code de Conduite subiront des pénalités déterminées par le comité d'administration et le comité d'accréditations de l'ACMSE. Les conséquences de comportements non-professionnels pourraient inclure l'abandon des frais de l'examen, l'échec à l'examen ou la disqualification /la suspension des prochains examens.

CODE DE NON RÉVÉLATION

Je reconnais mon devoir et celui de l'Académie Canadienne de Médecine du Sport et de l'Exercice (ACMSE) pour s'assurer que seulement les médecins qui passent leur examen de façon juste réussissent à obtenir leur Diplôme de Médecine du Sport et de l'Exercice.

J'atteste que je ne prendrais aucunes actions qui compromettraient le bon fonctionnement de l'évaluation et je respecterai le Code de Conduite des Candidats.

Je comprends que le non respect avec cette attestation pourrait faire suivre des conséquences déterminées par le comité d'administration et le comité d'accréditations de l'ACMSE. Ceux-ci pourraient inclure l'abandon des frais de l'examen, l'échec à l'examen ou la disqualification /la suspension des prochains examens.

Je suis un candidat pour l'évaluation pour l'Obtention du Diplôme de Médecine du Sport et de l'Exercice de l'Académie Canadienne de Médecine du Sport et de l'Exercice et j'ai lu et je suis en accord avec ce qui a été mentionné.

Signature

Date



**50 HEURES DE BÉNÉVOLATS DE SOINS MÉDICALE LORS DES
ÉVÉNEMENTS SPORTIFS**
NOM DU CANDIDAT/E _____

ÉVÈNEMENT	DATE	TEMPS	DURÉE Heure	RÉFÉRENCE CONTACT Nom	ADRESSE COURRIEL	TÉLÉPHONE #



Formulaire d'autorisation de la diffusion des résultats d'examen

***Autorisation des résultats d'examen (Pour les candidats de la catégorie programme de perfectionnement seulement)**

Nom du candidat: _____

Université: _____

Je _____ accorde la permission à l'ACMSE à partager mes résultats d'examen avec mon directeur de programme de perfectionnement.

Je _____ N'accorde PAS la permission à l'ACMSE à partager mes résultats d'examen avec mon directeur de programme de perfectionnement.

Signature du candidat