

Annexe 1 – Qualification équivalente

Afin que la commission d'assurance qualité (CAQ) puisse évaluer une qualification équivalente conformément au règlement concernant l'examen professionnel de spécialiste en technologies de réadaptation, point 3.31 a), nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Nom et prénom de la personne concernée : _____

Formation / autres diplômes* : _____

Expérience professionnelle dans un établissement de réhabilitation : _____ ans et _____ mois
à _____ % (taux d'engagement)

Travaux effectués au quotidien	OUI	NON
Réparation / entretien de moyens auxiliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remise / vente et instruction concernant les moyens auxiliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remise / vente et instruction de moyens auxiliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseil sur les moyens auxiliaires et recherche de solutions avec la clientèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réglage des moyens auxiliaires selon les besoins de la clientèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de mesures d'une personne assurée pour l'élaboration d'un devis conformément à la convention tarifaire remise de fauteuils roulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élaboration de devis conformément à la convention tarifaire fauteuils roulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissances générales de la convention tarifaire fauteuils roulants (structure, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaux administratifs (prise de rendez-vous, conseils par téléphone ou par e-mail, élaborer des commandes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Par ma signature, je confirme l'exactitude des informations ci-dessus.

Lieu et date :

Entreprise:

Signature du/de la responsable :

Signature de l'employé(e) :
