

**ASSOCIATION CANADIENNE DES THÉRAPEUTES DU SPORT
COMITÉ D'ACCREDITATION DES PROGRAMMES**

DEMANDE INITIALE D'ACCREDITATION

Signée par le Président de l'institution garante ou son représentant délégué, cette demande requiert du Comité d'accréditation des programmes de l'Association canadienne des thérapeutes du sport qu'il débute le processus d'évaluation d'accréditation du programme du demandeur.

Le processus d'accréditation ne débute qu'à la demande de l'institution garante du programme de thérapeutique du sport. Le processus pourvoit à l'évaluation par des pairs du contenu éducatif, des politiques et des procédures du programme. Il s'agit d'une évaluation basée sur des normes éducatives nationales reconnues appelées les *Normes*. L'Association canadienne des thérapeutes du sport a adopté ces *Normes*.

L'Association canadienne des thérapeutes du sport (l'ACTS) impose à chaque institution garante d'un programme de thérapie du sport des frais annuels de 750 \$. Le Président de l'institution ou le représentant délégué reçoit annuellement l'avis de paiement de l'ACTS (le paiement des frais annuels de programme n'est pas exigible avec cette demande ; cependant, des frais de demande de 500 \$ sont exigibles).

**SVP PRENDRE SOIN DE DACTYLOGRAPHIER OU D'ÉCRIRE EN CARACTÈRES
D'IMPRIMERIE LES RENSEIGNEMENTS**

Nom de l'institution garante

DIRIGEANTS DE L'INSTITUTION GARANTE

Président	Diplôme/références	Date
-----------	--------------------	------

Signature		Date
-----------	--	------

Adresse postale

Ville, province, code postal	Code régional et n° de téléphone
------------------------------	----------------------------------

Doyen ou administrateur comparable	Diplôme/références	Date
------------------------------------	--------------------	------

Signature		Date
-----------	--	------

Adresse postale

Ville, province, code postal

Code régional et n° de téléphone

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROGRAMME

Nom de la profession _____

Nom du programme _____

Adresse postale (si différente de l'adresse de l'institution garante)

Ville, province, code postal

Code régional et n° de téléphone

DIRIGEANTS DU PROGRAMME

Directeur du programme

Diplôme/références

Code régional et numéro de téléphone

Directeur ou conseiller médical (s'il y a lieu)

Diplôme/références

Code régional et numéro de téléphone

Durée du programme (en mois) _____ Mois où débutent les cours _____

Distinction accordée (à spécifier – B.A., B.Sc., B.Kin., etc) _____

Frais de scolarité moyens de 1^{ère} année pour étudiants à plein temps: résidant _____ externe _____

Nombre maximal d'étudiants inscrits (en première année) _____

Mois et année où le programme a commencé à accepter des étudiants ou tend à les accepter:

Mois

Année

Prière d'indiquer les affiliations d'études ou cliniques sur une page séparée

Expédier cette demande dûment complétée au :
Président, Comité d'accréditation des programmes de l'ACTS
a/s de l'ACTS
Bureau 402 – 1040, 7th Avenue SO
Calgary, AB, T2P 3G9