

Annexe A – Trousse de demande d'accréditation

**ASSOCIATION CANADIENNE DES THÉRAPEUTES DU SPORT
COMITÉ D'ACCREDITATION DES PROGRAMMES
DEMANDE D'ACCREDITATION INITIALE ET ÉTABLISSEMENTS DONT L'ACCREDITATION
ARRIVE À ÉCHÉANCE**

Signée par le président de l'établissement d'enseignement, ou son représentant délégué, la présente demande requiert du Comité d'accréditation des programmes de l'Association canadienne des thérapeutes du sport (ACTS) 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'établissement d'enseignement du programme de thérapie du sport. Le processus prévoit un examen externe par les pairs des normes d'accréditation. Les demandes doivent être déposées au plus tard le 1^{er} septembre de l'année précédant la mise en œuvre du programme. Des frais non remboursables sont payables pour le dépôt des demandes initiales et subséquentes. Le montant de ces frais est déterminé conformément à la politique du conseil d'administration de l'ACTS.

VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Nom de l'établissement d'enseignement

RESPONSABLES DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Président	Diplôme/titre de compétence	Date
-----------	-----------------------------	------

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

Adresse postale

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

VP académique

Diplôme/titre de compétence

Date

Signature

Date

Adresse postale

Ville, province, code postal

Code régional et n° de téléphone

Directeur d'études (ou administrateur comparable)

Diplôme/titre de compétence

Date

Signature

Date

Adresse postale

Ville, province, code postal

Code régional et n° de téléphone

INFORMATION SUR LE PROGRAMME

Nom du diplôme _____

Majeur (si applicable)

Adresse postale (si différente de l'adresse de l'établissement d'enseignement)

Ville, province, code postal

Code régional et n° de téléphone

RESPONSABLES DU PROGRAMME

Directeur du programme

Diplôme/titre de compétence

Code régional et n° de téléphone

Durée du programme/diplôme _____

Diplôme octroyé _____
(préciser : B.A., B.Sc., Bkin, etc.)

Frais de scolarité annuels moyens pour les
étudiants à temps plein :

Nationaux : _____

Internationaux : _____

Nombre d'étudiants résidants de la province _____ De l'extérieur de la province _____

Capacité maximale d'admission à la première année _____

Nombre de candidats qui satisfont aux critères de qualification minimums _____

Date d'échéance de l'accréditation actuelle :

Mois

Année

Veillez retourner la demande durement remplie a/s de :
Président, Comité d'accréditation des programmes de l'ACTS
400, 5th avenue SW, suite 300
Calgary, AB
T2P 0L6

A. MISSION ET OBJECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT POSTSECONDAIRE

Mission de l'établissement

Objectifs du programme

Exigences du diplôme

(veuillez fournir une description détaillée des exigences particulières de vos diplômes énoncées dans le calendrier universitaire de l'établissement)

Coopération avec d'autres unités professionnelles ou académiques

Description de la coopération avec d'autres unités professionnelles ou académiques

B. RESSOURCES

Directeur du programme

Qualifications :

Responsabilités :

Faculté

Nom de la faculté et rang	Titres de compétence	Type de nomination	Années de service	Secteur d'intervention (enseignement, clinique, etc.)	Cours/charge de travail (année la plus récente)
<i>Membres de la faculté TS</i>					

Nom de la faculté et rang	Titres de compétence	Type de nomination	Années de service	Secteur d'intervention (enseignement, clinique, etc.)	Cours/charge de travail (année la plus récente)
Contrat TS					
Chargé de cours/instructeur					
Autre faculté affiliée avec l'unité					
Personnel					

Coordonnateur de stages

Qualifications :

Responsabilités :

Personne-ressource de l'établissement-faculté pour les stages

Qualifications :

Responsabilités :

Enseignants cliniques

Nom	Titres de compétence	Type de stage (terrain, clinique, les deux)	Nombre d'étudiants supervisés par année

Description de l'équipement, installations d'enseignement, laboratoires

Description des installations d'enseignement et laboratoires

Veillez décrire les installations de laboratoire et d'enseignement. Le programme doit offrir des salles de classe, laboratoires, installations cliniques et autres locaux convenables pour les étudiants, le personnel du programme et les membres de la faculté.

Description de l'équipement

Réadaptation et modalités thérapeutiques : Veillez dresser une liste de l'équipement de réadaptation et des modalités thérapeutiques à la disposition des étudiants. Une panoplie de modalités thérapeutiques modernes et d'équipements de réadaptation doivent être disponibles à des fins pédagogiques et d'enseignement pratique.

Équipements de premiers soins et de soins d'urgence : Veillez dresser une liste des équipements de premiers soins et de soins d'urgence à la disposition des étudiants. Une panoplie d'équipement et de fournitures modernes en premiers soins et en soins d'urgence doivent être disponibles à des fins pédagogiques et d'enseignement pratique.

- F. PLAN DE COURS POUR TOUS LES COURS

- G. HYPERLIEN DU CALENDRIER UNIVERSITAIRE (OU COPIE PAPIER)

- H. INCLURE TOUS LES RAPPORTS ANNUELS DU CAP DEPUIS LA DERNIÈRE ACCRÉDITATION

- I. ANNEXES