



Déclaration d'expérience réussie en enseignement

Le présent formulaire vise à confirmer l'expérience acquise en enseignement aux fins d'inscription à un cours menant à une qualification additionnelle ou aux fins d'équivalence.

Nous ne traitons pas les formulaires incomplets.

LE PRÉSENT FORMULAIRE EST REMPLI PAR UNE AGENTE OU UN AGENT DE SUPERVISION DES AFFAIRES SCOLAIRES POUR :

N° DE MEMBRE

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM ET DEUXIÈME PRÉNOM

À L'INTENTION DE L'AGENTE OU DE L'AGENT DE SUPERVISION DES AFFAIRES SCOLAIRES

L'expérience en enseignement doit :

- avoir été rémunérée
- avoir été obtenue alors que la personne détenait l'autorisation d'enseigner dans le territoire de compétence où l'expérience a été acquise. Si l'expérience a été acquise en Ontario, la certification en enseignement peut être confirmée en consultant le tableau public du site de l'Ordre, Trouver un membre, à oeeo.ca; l'expérience obtenue alors que le statut de membre à l'Ordre était expiré ou suspendu n'est pas reconnue
- être vérifiée par une agente ou un agent de supervision des affaires scolaires si l'expérience a été acquise en Ontario. Si elle a été obtenue à l'extérieur de la province, elle doit être certifiée par l'autorité responsable. Dans le cas d'une personne qui enseigne dans un conseil scolaire de l'Ontario, l'agent de supervision des affaires scolaires est le surintendant ou le surintendant adjoint du conseil scolaire. Dans le cas d'une personne qui enseigne dans une école privée ou qui est au service d'une autorité scolaire des Premières Nations en Ontario, l'agent de supervision des affaires scolaires est le responsable du ministère de l'Éducation nommé pour fournir des services de supervision à l'autorité scolaire. Communiquez avec la direction des services régionaux, ministère de l'Éducation, édifice Mowat, 12^e étage, 900, rue Bay, Toronto (Ontario) M7A 1L2; tél. : 416-325-1981.

Pour en savoir plus sur l'expérience réussie en enseignement, veuillez consulter la note de service du registraire, datée du 30 août 2012 et intitulée «Expérience réussie en enseignement pour l'obtention d'une qualification additionnelle», à oeeo.ca → Réseau → Fournisseurs de programme de formation en enseignement → Notes de service.

Toutes les colonnes doivent être remplies. Nous ne traitons pas les formulaires incomplets.

Type d'affectation	Cycles enseignés	Matières	Du	Au	Nombre de jours
Temps plein, temps partiel, remplacement à long terme, école d'été	Primaire, moyen, intermédiaire, supérieur	(cycles intermédiaire et supérieur uniquement)	JJ/MM/ AAAA	JJ/MM/ AAAA	

Si l'expérience en enseignement susmentionnée a été acquise alors que vous déteniez une approbation temporaire du ministère de l'Éducation de l'Ontario, veuillez en joindre une copie au présent formulaire.

DÉCLARATION D'EXPÉRIENCE EN ENSEIGNEMENT

Remarque : Le présent formulaire ne doit être signé qu'après avoir acquis l'expérience en enseignement.

La présente atteste que

NOM DE L'ENSEIGNANTE OU DE L'ENSEIGNANT

a accumulé l'expérience réussie en enseignement pendant les périodes et dans les matières/domaines susmentionnés.

NOM DE L'AGENTE OU DE L'AGENT DE SUPERVISION DES AFFAIRES SCOLAIRES (EN LETTRES MOULÉES)

SIGNATURE DE L'AGENTE OU DE L'AGENT DE SUPERVISION DES AFFAIRES SCOLAIRES

TITRE

TERRITOIRE DE COMPÉTENCE

NOM DU CONSEIL SCOLAIRE, DE L'ÉCOLE PRIVÉE OU DE L'ADMINISTRATION SCOLAIRE DES PREMIÈRES NATIONS (EN LETTRES MOULÉES)

DATE (JJ/MM/AAAA)

Veillez apposer votre signature électronique. Vous pouvez également imprimer ce formulaire et nous l'envoyer, signé et daté.

Veillez remplir la section ci-dessous pour confirmer l'expérience en enseignement pour l'une des qualifications de spécialiste suivantes :

- Enseignement aux élèves atteints de surdité ou de surdité partielle – Communication auditive et verbale
- Enseignement aux élèves atteints de surdité ou de surdité partielle – American Sign Language (ASL)
- Enseignement aux élèves sourds ou malentendants – Langue des signes québécoise (LSQ)

La présente atteste que

NOM DE L'ENSEIGNANTE OU DE L'ENSEIGNANT

a accumulé au moins une année (194 jours) d'expérience en enseignement au cours des périodes susmentionnées en occupant au moins un poste exigeant la qualification Enseignement aux élèves atteints de surdité ou de surdité partielle – Communication auditive et verbale, Enseignement aux élèves atteints de surdité ou de surdité partielle – American Sign Language (ASL) ou Enseignement aux élèves sourds ou malentendants – Langue des signes québécoise (LSQ).

NOM DE L'AGENTE OU DE L'AGENT DE SUPERVISION DES AFFAIRES SCOLAIRES (EN LETTRES MOULÉES)

SIGNATURE DE L'AGENTE OU DE L'AGENT DE SUPERVISION DES AFFAIRES SCOLAIRES

TITRE

TERRITOIRE DE COMPÉTENCE

NOM DU CONSEIL SCOLAIRE, DE L'ÉCOLE PRIVÉE OU DE L'ADMINISTRATION SCOLAIRE DES PREMIÈRES NATIONS (EN LETTRES MOULÉES)

DATE (JJ/MM/AAAA)

Veillez apposer votre signature électronique. Vous pouvez également imprimer ce formulaire et nous l'envoyer, signé et daté.