



**CANADIAN REGISTRATION BOARD OF OCCUPATIONAL HYGIENISTS
CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES HYGIÉNISTES DU TRAVAIL**

DEMANDE D'AGRÉMENT

Sélectionner une case :

ROH

ROH par procédure accélérée Partie 2 **

ROHT

**(réservé aux candidats qui ont réussi la Partie 1 de l'examen du ROH par procédure accélérée)

1. COORDONNÉES

| | | | |
|-------------------|---|-----------------------|--------------|
| NOM : | Nom de famille | Prénom | Initiale (s) |
| | <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Dr | | |
| TRAVAIL : | Nom de l'employeur | | |
| | Adresse | | |
| | Téléphone | Courrier électronique | |
| DOMICILE : | Adresse | | |
| | Téléphone | Courrier électronique | |

COORDONNÉES PRÉFÉRÉES POUR CONTACT ET INSCRIPTION À L'ANNUAIRE DES MEMBRES : Travail Domicile

2. ÉDUCATION

Un relevé officiel, envoyé directement de chaque établissement d'enseignement, est requis pour tous les diplômes de collège ou d'université obtenus. Des copies des certificats sont acceptables et doivent être jointes à la demande.

| ÉTABLISSEMENT | DIPLOME/ CERTIFICAT | SPÉCIALISATION (S) | DATES DE FRÉQUENTATION | | ANNÉE D'OBTENTION |
|---------------|------------------------|--------------------|---------------------------|---|----------------------|
| | | | DE | À | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3. CERTIFICATIONS EN HYGIÈNE DU TRAVAIL ACTUELLEMENT DÉTENUES

| ORGANISATION | TITRE | N° DE CERTIFICATION | ANNÉE D'OBTENTION |
|--------------|-------|------------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. AUTRES CERTIFICATIONS / TITRES PROFESSIONNELS ACTUELLEMENT DÉTENUS

| ORGANISATION | TITRE | ANNÉE D'OBTENTION |
|--------------|-------|-------------------|
| | | |
| | | |

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE :

Demande transmise à :

Date de réception du formulaire :

Commentaires :

Date de réception des frais liés à l'examen :

Approuvé :

Date de validation de certification :

N° d'inscription :



**CANADIAN REGISTRATION BOARD OF OCCUPATIONAL HYGIENISTS
CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES HYGIÉNISTES DU TRAVAIL**

5. ADHÉSIONS

| ORGANISATION | NIVEAU D'ADHÉSION | MEMBRE DEPUIS | POSTES OCCUPÉS |
|--------------|-------------------|---------------|----------------|
| | | | |
| | | | |

6. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE PERTINENTE

La description des tâches doit inclure une description détaillée du travail exécuté en hygiène du travail et les types d'environnement de travail. Des renseignements supplémentaires peuvent être ajoutés en annexe, au besoin.

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| POSTE ACTUEL | De : (Mois / année) / | À : (Mois / année) / |
| | Nom et adresse de l'employeur | |
| | Titre du poste | Pourcentage de temps consacré à l'hygiène du travail |
| | Nom du superviseur | Titre du superviseur |
| | Description des tâches | |
| POSTE PRÉCÉDENT | De : (Mois / année) / | À : (Mois / année) / |
| | Nom et adresse de l'employeur | |
| | Titre du poste | Pourcentage de temps consacré à l'hygiène du travail |
| | Nom du superviseur | Titre du superviseur |
| | Description des tâches | |
| POSTE ANTÉRIEUR AU POSTE PRÉCÉDENT | De : (Mois / année) / | À : (Mois / année) / |
| | Nom et adresse de l'employeur | |
| | Titre du poste | Pourcentage de temps consacré à l'hygiène du travail |
| | Nom du superviseur | Titre du superviseur |
| | Description des tâches | |
| POSTE ANTÉRIEUR AU POSTE PRÉCÉDENT | De : (Mois / année) / | À : (Mois / année) / |
| | Nom et adresse de l'employeur | |
| | Titre du poste | Pourcentage de temps consacré à l'hygiène du travail |
| | Nom du superviseur | Titre du superviseur |
| | Description des tâches | |



**CANADIAN REGISTRATION BOARD OF OCCUPATIONAL HYGIENISTS
CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES HYGIÉNISTES DU TRAVAIL**

| 7. RÉFÉRENCES (2 références sont requises ou la combinaison d'une référence et d'exemples de travail en HT) | | | |
|--|--------------------------------|-------|--|
| NOM | NOM ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE | TITRE | ADRESSE DE COURRIER ÉLECTRONIQUE / TÉLÉPHONE |
| | | | |
| | | | |

8. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES (au besoin, ajouter des documents en annexe)

9. RECONNAISSANCE

En cochant les cases suivantes, j'accepte chacune des conditions décrites ci-dessous :

J'atteste que les renseignements que j'ai fournis dans cette demande sont exacts, autant que je sache.

Je comprends que toute fausse déclaration dans cette demande entraînera le rejet de la demande ou la révocation éventuelle de tout agrément accordé.

Si mon inscription est acceptée, je comprends que je dois payer la cotisation annuelle et respecter les exigences de maintien.

Je reconnais que j'ai l'obligation de ne pas divulguer le contenu de tout examen CCAHT et de respecter le code d'éthique du CCAHT.

Je souhaite passer l'examen en : anglais français

| | |
|-----------|------|
| Signature | Date |
|-----------|------|

Novembre 2013

Mise à jour - janvier 2025

Veillez transmettre le formulaire rempli au registraire du CCAHT :

Courriel (de préférence) : registrar@crboh.ca

Adresse postale : CRBOH Business Office, P.O. Box 26125 Maryland Postal Outlet
Winnipeg, Manitoba, R3G 3R3

NOTE : Les frais d'examen non remboursables de 350 \$ (CAD) doivent être payés en ligne à www.crboh.ca au moment de la soumission de cette demande. Votre formulaire de candidature sera traité après le paiement des frais d'examen.

LA DATE LIMITE POUR FAIRE LA DEMANDE EST:

LE 1ER FÉVRIER (examen de printemps) ou 1ER AOÛT (examen d'automne)

(Inclus : relevés scolaires, références professionnelles et renseignements supplémentaires)