



L'Échelle francophone d'appréciation du rendement

EFAR™

Formulaire de qualifications*

L'engagement envers des pratiques professionnelles en lien avec l'évaluation est maintenu et valorisé par Auguston Consultants. Cet engagement se traduit notamment par l'établissement de critères en ce qui a trait à la formation et aux qualifications des personnes qui peuvent administrer le test EFAR™. La permission d'acheter le test est en respect des règles établies par la Société canadienne de psychologie et des standards développées par l'American Psychological Association (*Standards for Educational and Psychological Testing*, 1999). Ce formulaire doit accompagner toute première commande de l'Échelle francophone d'appréciation du rendement- EFAR™. **Veillez le poster à: Auguston Consultants, 136-2818 Main, Vancouver BC V5T 0C1**

Nom : _____ Organisme : _____

Adresse : _____

Ville/province : _____ Code postal: _____

Cochez les cases appropriées dans chacune des catégories

Éducation et formation continue

<input type="checkbox"/> Certificat	<input type="checkbox"/> Institution (année) _____	<input type="checkbox"/> Programme _____
<input type="checkbox"/> Baccalauréat	<input type="checkbox"/> Institution (année) _____	<input type="checkbox"/> Programme _____
<input type="checkbox"/> Maîtrise	<input type="checkbox"/> Institution (année) _____	<input type="checkbox"/> Programme _____
<input type="checkbox"/> Doctorat	<input type="checkbox"/> Institution (année) _____	<input type="checkbox"/> Programme _____
<input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	<input type="checkbox"/> Institution (année) _____	<input type="checkbox"/> Programme _____

Certification/License ou permis de pratique

<input type="checkbox"/> Certification/License/permis: _____	<input type="checkbox"/> Certification/License/permis: _____
<input type="checkbox"/> N° de permis/License : _____	<input type="checkbox"/> N° de permis/License : _____
<input type="checkbox"/> Date d'expiration : _____	<input type="checkbox"/> Date d'expiration : _____

Avez-vous suivi avec succès un cours supérieur en mesure et évaluation? Oui__ Non__

Nom du/des cours/Institution : _____

Ayant complété ce formulaire, je certifie que et/ou les personnes qui utiliseront ce test (EFAR™) que je commande ont les connaissances et la formation nécessaire pour l'administration et l'interprétation du test tel que présenté dans le document *Standards for Educational and Psychological Testing* (APA, 1999). Chaque personne, institution ou agence qui achète le test doit accepter les principes de base de respect des droits d'auteur : les personnes qui passent le test ne doivent recevoir les réponses avant l'administration du test; les personnes administrant le test doivent respecter ces droits d'auteur et en aucun cas reproduire, en tout ou en partie, de quelque façon que ce soit, des éléments du test (incluant les divers cahiers et correctionnaires). En signant ce formulaire, je certifie que j'ai pris connaissance et comprend les règles, conditions d'achat et politiques en lien avec l'achat, l'administration, l'interprétation et les droits d'auteur de ce test (EFAR™). En complétant ce formulaire, je consens formellement à la collection et à l'utilisation d'information personnelle permettant d'établir mes qualifications et mes aptitudes à administrer l' EFAR™. Ces informations personnelles seront gardées confidentielles et traitées selon les lois sur l'accès à l'information en vigueur où elles sont conservées. Cette information sera conservée tant que durera la relation entre Auguston Consultants Inc et le client. Elle sera détruite 5 ans la fin de cette relation. Tout client peut communiquer avec Auguston Consultants Inc.pour que son profil soit retiré de la base de données.

*SVP inclure toute documentation pouvant supporter votre demande (e.g., membre d'associations professionnelles ou certificat d'un Ordre professionnel)

Signature : _____ Titre : _____ Date : _____