

# FORMULAIRE de RECERTIFICATION par CERP ou par EXAMEN

Version 2.11 EU

Veillez consulter le *Supplément pour la Recertification* correspondant à votre pays et à l'année de l'examen.  
Ce document précise le lieu de l'examen, les frais d'inscription et l'adresse où vous devez envoyer votre dossier d'inscription.

1. VOTRE IDENTITE : IBCLC N ID: \_\_\_\_\_ Année de recertification **2011** SEXE : F  M

Prénom :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_

NOM :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nationalité : \_\_\_\_\_

Titre de civilité choisi (Mme, Mlle, M., Dr,...) : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille ou autre nom utilisé dans votre dossier : \_\_\_\_\_

2. ADRESSE POSTALE **PERSONNELLE** :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone travail ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Téléphone domicile ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fax ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Téléphone portable ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-MAIL : Ecrivez TRES lisiblement votre adresse électronique !

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_

3. SI VOUS RECERTIFIEZ PAR EXAMEN :

**LIEU de l'examen** (Consulter le *Supplément pour la Recertification*) : \_\_\_\_\_

**LANGUE choisie pour passer l'examen** (Consulter le *Supplément pour la Recertification*) : \_\_\_\_\_

Ma langue maternelle est : \_\_\_\_\_

4. **DROITS D'INSCRIPTION.** Joindre à votre dossier l'**attestation de virement de la totalité** des droits d'inscription correspondant à la date d'envoi de votre dossier (le cachet de la poste fera foi), **ou bien** indiquer ci-dessous les données de votre **carte de crédit** [n'envoyer NI chèque, NI liquide]. Pour tout renseignement sur les droits d'inscription et sur les dates d'envoi des dossiers, consulter le *Guide d'Information du Candidat* et le *Supplément pour la Recertification*.

Entourer **vos** date de paiement : **1<sup>re</sup> échéance** (dernier jour de février) **2<sup>e</sup> échéance** (31 mars) **dernière échéance** (30 avril)

Entourer **vos** mode de règlement : **Carte de crédit** **Virement bancaire** (date : \_\_\_\_\_ )

**Carte de crédit** : montant réglé \_\_\_\_\_, \_\_\_ Euros par carte  VISA  Master Card

N° de carte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fin de validité \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du titulaire \_\_\_\_\_ Nom du titulaire (en lettres d'imprimerie) \_\_\_\_\_

*International Board of Lactation Consultant Examiners  
incorporated in Virginia USA, members' liability limited*

**Bureau Européen de l'IBLCE :**  
**2511 Pfaffstaetten, Steinfeldgasse 11, Autriche**

JE DEMANDE MA RECERTIFICATION :

par CERP dans les 5 ans après le dernier examen

par examen dans les 5 ans après le dernier examen

par examen dans les 10 ans après le dernier examen

Je suis certifié(e) IBCLC sans interruption depuis \_\_\_\_\_

J'ai déjà recertifié en 19 \_\_\_ 19 \_\_\_ 20 \_\_\_ 20 \_\_\_

5. DOCUMENTS JOINTS à ce formulaire :

Pour recertifier, il n'est pas nécessaire de fournir vos références ni vos diplômes ou de documenter vos heures de pratique. Merci d'indiquer les documents joints à votre dossier d'inscription en cochant les cases appropriées ci-dessous :

Copie de la confirmation de paiement des droits d'inscription en cas de virement

Pour une recertification par CERP : votre "carnet bleu" personnel répertorient vos CERP (reportés à la section 6)

Pour une recertification par CERP en l'absence de "carnet bleu" : attestations de présence mentionnant les CERP (reportés à la section 6)

Pour une recertification par CERP : demandes individuelles de validation de CERP en l'absence d'attestation de présence mentionnant les CERP

Copie d'un justificatif de votre changement de nom

**RÉSERVÉ à l'IBLCE**

Postmark \_\_\_\_\_ Date received \_\_\_\_\_

Deadline E S L € \_\_\_\_\_ Receipt: \_\_\_\_\_

CERPs approved \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Status: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Coord \_\_\_\_\_

## 6. CERP : LISTE ET CALCUL

Nom: \_\_\_\_\_

**(Complétez cette partie uniquement si vous recertifiez par CERP – ne pas remplir si vous vous présentez à l'examen)**

Avant de remplir cette feuille, faites éventuellement une photocopie si vous avez besoin de lignes supplémentaires. Voir le *Supplément pour la Recertification* ou le *Manuel de l'IBCLC* pour plus d'informations. Notez les détails de chaque programme ou session auxquels vous avez participé. Merci de reporter le numéro d'identification (ID) sur le document correspondant, puis de classer les documents dans l'ordre, afin de faciliter la vérification. Nous vous suggérons de noter en premier tous les programmes pour lesquels vous avez officiellement reçu des CERP. Si ces CERP déjà approuvés sont confirmés dans votre "Carnet Bleu", vous n'avez pas besoin de joindre d'attestation. Notez tous les programmes de votre Carnet Bleu, ainsi que tous les programmes pour lesquels vous avez une attestation de CERP. Puis notez, par ordre chronologique, les programmes ou sessions pour lesquels vous faites des demandes individuelles de CERP.

ID #	DATE	ORGANISATION	TITRE de la SESSION, du PROGRAMME	PRESENTE PAR	CERP L	CERP E	CERP R
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
CATEGORIE des CERP L (minimum 50)							
CATEGORIE des CERP E (minimum 5)							
CATEGORIE des CERP R (maximum 20)							
<b>NOMBRE TOTAL DE CERP L, E et R (minimum 75)</b>							

**Vérifiez que vous avez complété les sections 7., 8., 9., 10., 11. et 12. - que vous recertifiez par examen ou par CERP.**

**7. STATUT ACTUEL de CONSULTANT(E) en LACTATION :** cochez la case qui s'applique le mieux à votre situation actuelle.

<input type="checkbox"/> Je travaille comme consultant(e) en lactation payé(e), environ ____ heures par semaine (incluant la pratique privée). <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas comme consultant(e) en lactation rémunéré(e) <input type="checkbox"/> J'utilise mes compétences de consultant(e) en lactation dans le cadre de mon emploi (ex. en tant que sage-femme) <input type="checkbox"/> J'utilise mes compétences de consultant(e) en lactation dans une organisation bénévole	Est ce que votre travail de consultant(e) en lactation dépend de votre certification IBCLC? cochez une case <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

**8. TYPE d'EMPLOI PRINCIPAL:** cochez LA case qui s'applique le mieux:

<input type="checkbox"/> 1 Hôpital maternité	<input type="checkbox"/> 6 Maternal & child health	<input type="checkbox"/> 11 Pratique médicale
<input type="checkbox"/> 2 Hôpital – suites de couches	<input type="checkbox"/> 7 Health visitor	<input type="checkbox"/> 12 Pratique privée (allaitement)
<input type="checkbox"/> 3 Hôpital - général	<input type="checkbox"/> 8 PMI	<input type="checkbox"/> 13 Groupe de soutien entre mères
<input type="checkbox"/> 4 Hôpital - pédiatrie	<input type="checkbox"/> 9 Soins postnatals à domicile	<input type="checkbox"/> 14 Institution de formation
<input type="checkbox"/> 5 Hôpital – réa néo-nat	<input type="checkbox"/> 10 Centre de naissance/ n. à domicile	<input type="checkbox"/> 15 Formateur indépendant
<input type="checkbox"/> 16 Autre ( décrire) _____		

**9. LIEU de TRAVAIL:**

Nom et adresse professionnelle, en précisant le service:

---



---



---

## 10. ÉLÉMENTS BIOGRAPHIQUES :

Cocher la ou les case(s) correspondant à votre formation dans le domaine des soins de santé :

- 1 IBCLC (ayant déjà été certifié(e))  
 2 Bac+ 3 (formations médicales ou paramédicales)  
 3 Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat  
 4 Sage-femme  
 5 Puéricultrice Diplômé(e) d'Etat  
 6 Infirmier/infirmière de secteur  
 7 Aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture  
 8 Diététicien(ne), orthophoniste, kinésithérapeute, etc.  
 9 Médecin  
 10 Animatrice accréditée d'un groupe de soutien aux mères  
 11 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Cocher la case correspondant à votre niveau d'études *le plus élevé*, quel qu'en soit le domaine :

- 1 Doctorat en \_\_\_\_\_  
 2 Master (DEA, DESS) en \_\_\_\_\_  
 3 Licence (Bachelor) en \_\_\_\_\_  
 4 Maîtrise (bac+4) en \_\_\_\_\_  
 5 Diplôme d'Etat de \_\_\_\_\_  
 6 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

**11. CAS PARTICULIERS :** Pour plus d'informations, veuillez consulter le *Guide d'Information du Candidat*.

- Je demande des aménagements spécifiques en raison de mon handicap. Je joins des informations complémentaires et les attestations correspondantes.
- Je pourrais avoir besoin d'une attention spéciale le jour de l'examen car je suis enceinte. Date prévue pour l'accouchement : \_\_\_\_\_
- Je souhaite passer l'examen dans une autre langue. J'ai conscience que s'il n'y a pas assez de candidat(e)s dans cette langue, ce ne sera pas possible et que je pourrai alors soit me faire rembourser, soit passer l'examen dans une langue disponible.
- Je souhaite utiliser un dictionnaire bilingue pendant l'examen. J'accepte qu'il soit vérifié au préalable par un(e) surveillant(e).

## 12. QUESTIONS A RÉPONSE OBLIGATOIRE

Merci de répondre à chacune des cinq questions ci-dessous en entourant la réponse qui vous concerne. Si vous répondez « Oui » à une ou plusieurs de ces questions, merci de donner les précisions nécessaires dans la section prévue au bas de cette page. Si l'IBLCE a besoin d'informations complémentaires, nous prendrons discrètement contact avec vous.

Attention : une réponse manquante, ou l'absence de précisions dans le cas où vous auriez répondu « Oui » à une de ces questions, retardera le traitement de votre dossier de candidature.

(1) Avez-vous été, au cours des dix dernières années, ou êtes-vous actuellement sous dépendance de l'alcool, de stupéfiants, de drogues ou de toute autre substance altérant ou limitant significativement (ou, en l'absence de traitement, susceptible d'altérer ou de limiter significativement dans le futur) votre capacité physique ou mentale à assumer vos obligations de professionnel(le) de santé, consultant(e) en lactation ou conseiller(ère) en allaitement ?

Oui Non

(2) Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou d'une affection sévère ou chronique altérant ou limitant significativement (ou, en l'absence de traitement, susceptible d'altérer ou de limiter significativement dans le futur) votre capacité physique ou mentale à assumer vos obligations de professionnel(le) de santé, consultant(e) en lactation ou conseiller(ère) en allaitement, listées à la question (3) ci-dessous ?

Oui Non

(3) Avez-vous été reconnu(e) coupable d'une infraction, autre qu'une contravention au Code de la Route, de nature à mettre en doute votre fiabilité ou votre capacité à assumer une des obligations essentielles d'un(e) professionnel(le) de santé, consultant(e) en lactation ou conseiller(ère) en allaitement ? Ces obligations incluent : (1) le devoir de confidentialité ; (2) le devoir de professionnalisme ; (3) le devoir de fournir un service adéquat ; (4) le devoir d'agir avec intégrité ; (5) le devoir de transmettre des informations véridiques et complètes aux autorités de santé ; (6) le devoir de faire respecter les standards de la profession de consultant(e) en lactation ; (7) le devoir d'exercer un jugement professionnel indépendant et d'éviter les conflits d'intérêt ; (8) le devoir de se soumettre aux décisions disciplinaires de l'IBLCE ; (9) le devoir de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel.

Oui Non

(4) Avez-vous fait l'objet d'une plainte justifiée ayant donné lieu à réparation ou à une action disciplinaire, y compris une interdiction d'exercer ou la révocation d'une licence professionnelle, cette plainte étant liée à une action ou un conseil de votre part, à l'exécution ou la non-exécution par vous d'un acte en tant que professionnel(le) de santé, consultant(e) en lactation ou conseiller(ère) en allaitement, ou à une action quelconque de votre part dans le domaine de la santé (ceci inclut, sans être limitatif, les plaintes sur le lieu de travail, devant une instance administrative, un organisme délivrant un permis professionnel d'exercice, un ordre professionnel, un tribunal, un médiateur, un arbitre ou tout autre organe judiciaire) ?

Oui Non

(5) Faites-vous actuellement l'objet d'une plainte justifiée ayant donné lieu à réparation ou à une action disciplinaire, y compris une interdiction d'exercer ou la révocation d'une licence professionnelle, cette plainte étant liée à une action ou un conseil de votre part, à l'exécution ou la non-exécution par vous d'un acte en tant que professionnel(le) de santé, consultant(e) en lactation ou conseiller(ère) en allaitement, ou à une action quelconque de votre part dans le domaine de la santé (ceci inclut, sans être limitatif, les plaintes sur le lieu de travail, devant une instance administrative, un organisme délivrant un permis professionnel d'exercice, un ordre professionnel, un tribunal, un médiateur, un arbitre ou tout autre organe judiciaire) ?

Oui Non

**PRÉCISIONS ADDITIONNELLES :** Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs des questions ci-dessus, merci de donner ici les précisions nécessaires.

---

---

---

---

---

**DECLARATION A SIGNER :**

Merci de lire soigneusement ce qui suit puis d'apposer la date et votre signature au bas de cette page. Le tribunal compétent pour tout litige relatif aux dispositions ci-dessous est celui du Comté de Fairfax, Virginie, États-Unis d'Amérique.

**Attention : l'absence de signature et/ou de date, au bas de cette page, retardera le traitement de votre dossier de candidature et le fera basculer dans la tranche supérieure de droits.**

**JE DÉSIRES PASSER** l'examen de consultant(e) en lactation organisé par l'IBLCE. J'ai conscience que l'examen est organisé une seule fois par an (le dernier lundi du mois de juillet) et qu'il est proposé uniquement sous la forme d'un questionnaire à choix multiples. J'ai bien noté que la date limite pour poster mon dossier (cachet de la poste faisant foi) est le 30 avril 2011 si je veux recertifier en passant l'examen, ou le 31 octobre 2011, si je veux recertifier en présentant un dossier de CERP.

**JE CERTIFIE** que les informations figurant dans ce formulaire d'inscription ou fournies dans mon dossier de candidature sont exactes et complètes.

**J'AI CONSCIENCE** que mon dossier de candidature pourra être vérifié et que, dans ce cas, on pourra me demander de fournir des informations complémentaires en cas de doute sur mon admissibilité à l'examen. Je suis également conscient(e) que, si les informations et la documentation fournies ne sont pas estimées suffisantes, ou si elles ne sont pas fournies dans les délais requis, je ne serai pas autorisé(e) à me présenter à l'examen, ou bien je ne serai pas recertifié(e) grâce à mon dossier de CERP.

**J'ACCEPTÉ** le montant des droits d'inscription à l'examen, les dates d'échéance de dépôt des candidatures et toutes les conditions s'appliquant à la recertification par examen ou par CERP, au règlement des droits, aux procédures de réclamation indiqués dans le *Guide d'Information du Candidat* et le *Supplément pour la Recertification* en vigueur pour mon pays, l'année de l'examen. J'ai conscience que si je ne respecte pas ces conditions, je risque d'en subir les conséquences (entre autres, des pénalités financières ou le refus de ma candidature).

**J'ACCEPTÉ**, si je suis reçu(e) à l'examen ou si je suis recertifié(e) grâce à mon dossier de CERP, que mon nom soit inclus dans le Registre des consultant(e)s certifié(e)s tenu par l'IBLCE et que, dans un but de protection du public, l'IBLCE se réserve le droit de répondre à toute demande concernant la validité de ma certification.

**J'ACCEPTÉ** de me conformer aux standards professionnels d'un(e) Consultant(e) en Lactation Certifiée IBCLC en respectant le *Code de Déontologie des IBCLC*, le *Cadre de la Pratique des IBCLC*, les *Compétences Cliniques pour la Pratique des IBCLC* et les *Recommandations pour la Tenue des Dossiers des IBCLC*. En outre, j'ai noté que seul l'IBLCE a autorité pour interpréter et appliquer les dispositions des documents ci-dessus.

**J'ACCEPTÉ** de me soumettre aux Procédures Disciplinaires de l'IBLCE en cas de violation du *Code de Déontologie des IBCLC*, du *Cadre de la Pratique des IBCLC*, des *Compétences Cliniques pour la Pratique des IBCLC* et/ou des *Recommandations pour la Tenue des Dossiers des IBCLC*. En outre, dans le cas où je ferais l'objet d'une plainte pour manquement à la déontologie, j'ai conscience de devoir apporter ma coopération aux procédures disciplinaires (les documents cités ici sont disponibles sur le site [www.iblce.org](http://www.iblce.org)).

**JE RENONCE, EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET DE MON PLEIN GRÉ**, aux droits que la loi pourrait me conférer de demander, d'examiner ou de recevoir toute information spécifique sur la formulation ou le contenu d'une question, ou sur l'apparence ou le contenu d'une photographie faisant partie de la banque de questions d'examen de l'IBLCE. Je comprends que l'IBLCE doit garder confidentielles ces données afin de préserver l'intégrité de la procédure d'examen.

**J'ACCEPTÉ** qu'après avoir pris connaissance de ce dossier de candidature et des documents joints, l'IBLCE puisse, si cela lui paraît approprié, me demander des renseignements complémentaires, afin de vérifier les informations fournies et d'évaluer ma personnalité et mon aptitude à m'engager dans la pratique de consultant(e) en lactation. Je comprends que je puisse être disqualifié(e) en cas de conduite immorale, non-professionnelle, malhonnête ou incompatible avec la pratique de consultant(e) en lactation.

**JE COMPRENDS** que l'IBLCE considère qu'une santé mentale satisfaisante soit une condition préalable au passage de l'examen, ce qui n'est compatible ni avec une maladie mentale non soignée ou non contrôlée diminuant ou limitant mes capacités à exercer en tant que consultant(e) en lactation de manière compétente et professionnelle, ni avec la probabilité de rechute d'une ancienne maladie de ce type.

**J'AI NOTÉ** que l'IBLCE privilégie le courrier électronique pour communiquer avec les candidat(e)s. Dans ce cadre, j'ai noté que l'IBLCE respecte la vie privée des personnes et qu'il a mis en place des procédures réglementaires de confidentialité assurant que le recueil, le traitement et l'utilisation des données personnelles répondent aux meilleurs standards de qualité. (Cette Politique de Confidentialité est disponible sur le site [www.iblce.org](http://www.iblce.org)).

**Signature du (de la) candidat(e)** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_