

Medavie HealthEd -

Moncton Campus

567 Boul. St. George Blvd,

Moncton, NB E1E 2B9

1-888-798-3888

Fax/telecopieur: (506) 389-2198

info@medaviehealthed.com

Instructions to Students:

A contract is to be completed by all students enrolling in a Paramedicine Program offered by Medavie HealthEd. The contract sets out program details, with the terms and conditions of enrollment. The contract must be signed by the student and by an authorized member of the Medavie HealthEd staff. Medavie HealthEd is required to provide to the student, prior to the signing of a contract, 1) an outline of the content of the program; 2) a breakdown of the duration of the program by subject; 3) a copy of the institution's policies, rules and regulations. All sections of this contract must be completed. Once signed a copy must be put in the student file.

Medavie ÉduSanté -

Campus de Moncton

567 Boul. St. George Blvd,

Moncton, N.-B. E1E 2B9

1-888-798-3888

Fax/telecopieur: (506) 389-2198

info@medaviehealthed.com

Directives aux étudiants :

Tous les étudiants qui s'inscrivent au programme de formation paramédicale offert par Medavie ÉduSanté doivent signer un contrat. Ce dernier définit les particularités du programme, y compris les conditions d'inscription. Le contrat doit être signé par l'étudiant et par un membre autorisé du personnel de Medavie ÉduSanté. Avant la signature du contrat, Medavie ÉduSanté est tenue de fournir à l'étudiant : 1) un résumé du contenu du programme; 2) la durée de chaque module du programme; et 3) une copie des politiques, règles et règlements de l'établissement. Toutes les sections du présent contrat doivent être remplies. Une copie signée du contrat doit être incluse au dossier de l'étudiant.

Section 01: Student Information/Renseignements sur l'étudiant

Name/Nom: ~Student.FirstName~ ~Student.LastName~

Mailing Address/Adresse postale: ~Student.Address~

Temporary Address/Adresse temporaire: 750, rue Main,
Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 1E6

Cell Phone/Téléphone cellulaire: ~Student.MobilePhone~

Email/Adresse courriel: ~Student.Email~

Date of Birth/Date de naissance: ~Student.DateOfBirth~

SIN/SSN: ~Student.SIN~

Do you have any documented physical and/or learning disabilities that may accommodation during your program?/Avez-vous des troubles physiques et/ou d'apprentissage documentés qui pourraient s'adapter pendant votre programme?

Yes or no/oui ou non: ~Student.PhysicalLearningDisability~

If yes, please provide a brief explanation of your documented physical and/or learning disability/Si oui, veuillez fournir une brève explication de votre trouble physique et/ou trouble d'apprentissage documenté:

~Student.PhysicalLearningDisabiltyExplanation~

To the best of your knowledge, do you have any prior charges or convictions that would appear on a Criminal Records Check or Vulnerable Sectors report?/Au meilleur de votre connaissance, avez-vous des accusations ou des condamnations antérieures qui apparaîtraient sur une vérification de casier judiciaire ou une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables?

Yes or no/oui ou non: ~Student.CriminalRecordCheckVulnerableSectors~

Do you have any medical conditions that may hinder you in completing the program?/Avez-vous des problèmes médicaux qui pourraient vous empêcher de terminer le programme?

Yes or no/oui ou non: ~Student.MedicalConditions~

If yes, please provide a brief description of the medical conditions/Si oui, veuillez fournir une brève description des conditions médicales: ~Student.MedicalConditionsExplanation~

Section 02: Program Information

Program/Programme: ~Program.Description~

Start Date/Date de début: ~Program.StartDate~

End Date/Date de fin: ~Program.ExpectedEndDate~

Total hours of instruction/Nombre d'heures de cours: 402

Total days of instruction/Nombre de jours de cours: 67

Total days of work term/Nombre de jours de stage: up to 48 days or 504 hours/approximativement 42 jours ou 504 heures

Program Admission Prerequisite/Préalables: Medical Technician Qualification Level 3 and Medical and Immunization record./Formation de technicien médical de niveau 3, dossier médical et dossier d'immunisation

Section 03: Terms and Conditions

College Rules and Policies (electronic version)/Politiques et règlements de l'établissement d'enseignement (version électronique)

Program Completion Requirements/Exigences de réussite du programme

Safety/Emergency Procedures Manual (electronic version)/Manuel sur la sécurité et les procédures d'urgence (version électronique)

Section 04: Declaration - College/Déclaration – Collège

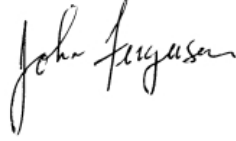
We hereby certify that:

1. The student has been, prior to signing this contract, provided with; 1) an outline of the content of the program; 2) a breakdown of the duration of the program by subject; 3) a copy of the college's policies, rules and regulations.
2. This contract has been fully explained to the applicant and the applicant has acknowledged full understanding of all terms, conditions, policies, rules, and regulations associated with the fulfillment of all contractual obligations of both parties.
3. We understand, and have advised the student, that Accreditation Canada will undertake periodic audits of student files during the accreditation process with the purpose of ensuring that all student documentation is being maintained, as per the school's policies and procedures. This will include personal and confidential information.
4. A student having graduated from the program will receive their certificate/diploma no later than 5 days following the registered end date.
5. The student has been advised our Primary Care Paramedicine Program is accredited by Accreditation Canada.
6. The student has been advised of the requirements to complete the ambulance and hospital practicum learning experiences and that they are responsible to ensure all documentation is completed appropriately.
7. The student has been made aware of, has read, and agrees to Policy No 6 - 60 Official Languages.
8. The student has also been advised that any and all costs incurred by a student that are outside the terms and conditions of the contract with Public Works and Government Services Canada are the student's sole responsibility.
9. The student has been advised that the course schedule is subject to change.

Nous confirmons par la présente que :

1. Nous avons transmis à l'étudiant, avant qu'il signe le présent contrat : 1) un résumé du contenu du programme; 2) la durée de chaque module du programme; et 3) une copie des politiques, règles et règlements de l'établissement.
2. Le présent contrat a été expliqué en détail à l'étudiant, et ce dernier a affirmé bien comprendre l'ensemble des conditions, modalités, politiques, règles et règlements que doivent respecter les deux parties aux fins du présent contrat.
3. Nous comprenons – et en avons informé l'étudiant – que l'Association médicale canadienne effectuera des vérifications périodiques des dossiers des étudiants au cours du processus d'accréditation, dans le but de s'assurer que tous les documents des étudiants sont conservés selon les politiques et procédures des établissements d'enseignement. Les vérifications couvriront notamment les renseignements personnels et confidentiels.
4. L'étudiant ayant réussi le programme recevra son certificat ou son diplôme au plus tard cinq jours après la date officielle de fin des cours.
5. L'étudiant a été informé que le programme de formation paramédicale en soins primaires est accrédité par Agrément Canada.
6. L'étudiant a été informé qu'il est tenu d'effectuer des stages à l'hôpital et en service ambulancier, et il a été avisé qu'il est responsable de s'assurer que tous les documents sont remplis correctement.
7. L'étudiant connaît l'existence de la politique no 6 – 60 Langues officielles, et il l'a lu et comprise.
8. L'étudiant a également été informé que tous les frais engagés par l'étudiant qui n'entrent pas dans les conditions du contrat avec Travaux publics et services gouvernementaux Canada seront à la charge exclusive de l'étudiant.
9. L'étudiant a été avisé que l'horaire des cours est sujet à changement.

DND PCP STUDENT CONTACT/CONTRAT



John Ferguson, President

Staff, Title

July 5, 2023

Date

Section 05: Declaration - Student/Déclaration – Étudiant

I hereby certify that:

1. I have been, prior to signing this contract, provided with:
1) an outline of the content of the program; 2) a breakdown of the duration of the program by subject; 3) a copy of the college's policies, rules and regulations.
2. I fully understand and agree to the terms, conditions, policies, rules and regulations of Medavie HealthEd which are described in the body of this contract, or as attached annexes to this contract.
3. I understand that Accreditation Canada will undertake periodic audits of my student file during the accreditation process with the purpose of ensuring that all student documentation is being maintained, as per the school's policies and procedures. This will include personal and confidential information.
4. I have been advised that provided I graduate from the program I will receive my certificate/diploma no later than 5 days following the courses registered end date.
5. I have been advised that the Primary Care Paramedicine Program is accredited by Accreditation Canada.
6. I have been advised of the requirements to complete the ambulance and hospital practicum learning experiences and accept responsibility for completing all documentation appropriately.
7. I acknowledge and agree that I am solely responsible for any damages or costs incurred by Medavie HealthEd or any hotel, transportation company, clinical partner or operating company with whom Medavie HealthEd has made arrangements, as a result of my actions, omissions or negligence, or the actions, omissions or negligence of my guests. In addition, I shall indemnify, defend and hold Medavie HealthEd harmless from and against any and all claims, liabilities, personal injuries, damages and costs, including legal fees, incurred by Medavie HealthEd as a result of my use of any hotel, hotel facility, transportation vehicle, Medavie HealthEd campus or clinical or practicum location in connection with the Program.
8. I have been made aware of, read, and agree to Policy No 6 - 60 Official Languages.
9. I have also been advised that any and all costs incurred by or resulting from my actions that are outside the terms and conditions of the contract with Public Works and Government Services Canada are my sole responsibility.
10. I have been advised that the course schedule is subject to change.

Je confirme par la présente que :

1. J'ai reçu, avant de signer le présent contrat : 1) un résumé du contenu du programme; 2) la durée de chaque module du programme; et 3) une copie des politiques, règles et règlements de l'établissement.
2. Je comprends parfaitement et j'accepte les conditions, modalités, politiques, règles et règlements de Medavie ÉduSanté qui sont décrits dans le présent contrat ou dans ses annexes.
3. Je comprends que Accreditation Agrément Canada effectuera des vérifications périodiques de mon dossier d'étudiant au cours du processus d'accréditation dans le but de s'assurer que tous les documents des étudiants sont conservés selon les politiques et procédures des établissements d'enseignement, et que les vérifications couvriront notamment les renseignements personnels et confidentiels.
4. J'ai été informé que si je réussis le programme de formation, je recevrai un certificat ou un diplôme au plus tard cinq jours après date officielle de fin des cours.
5. J'ai été informé que le programme de formation paramédicale en soins primaires est accrédité par Agrément Canada.
6. J'ai été informé des exigences concernant les stages à l'hôpital et en service ambulancier, et je conviens être responsable de remplir tous les documents adéquatement.
7. Je reconnais et conviens que je suis l'unique responsable de tout dommage ou coût engagé par Medavie ÉduSanté ou par un hôtel, une entreprise de transport, un partenaire clinique ou une société en exploitation avec lesquels Medavie ÉduSanté a pris des dispositions, à la suite de mes actions, de mes omissions ou de ma négligence, ou des actions, des omissions ou de la négligence de mes invités. De plus, je dois indemniser, défendre et tenir à couvert Medavie ÉduSanté pour les réclamations, obligations, blessures corporelles, dommages et coûts, y compris les frais juridiques, encourus par Medavie ÉduSanté à la suite de mon utilisation de tout hôtel, installation d'hôtel, véhicule de transport, campus de Medavie ÉduSanté ou lieu

DND PCP STUDENT CONTACT/CONTRAT

to change.

véhicule de transport, campus de Medavie ÉduSanté ou lieu de stage clinique ou pratique dans le cadre du programme.

8. Je connais l'existence de la politique no 6 – 60 Langues officielles, et je l'ai lue et comprise.

9. J'ai également été informé que tous les frais engagés par l'étudiant, ou résultant de mon action, qui n'entrent pas dans les conditions du contrat avec Travaux publics et services gouvernementaux Canada seront à ma charge exclusive.

10. J'ai été avisé que l'horaire des cours est sujet à changement.

Signatures

July 5, 2023

Student Name

Student Signature

Date

Student/Graduate Consent to Obtain Information from an External Party

Medavie HealthEd is seeking your consent to access your initial Provincial Entry to Practice Exam mark (pass/fail), as well as the mark (pass/fail) from any subsequent attempts at the Provincial Entry to Practice Exam.

Upon receipt of your personal results our institution will remove all your personal identifiers and collate the results with those from other members of your cohort. Your personal results will only be used in keeping with the provisions of the Access and Privacy Legislation in the province where you obtained your education. The newly collated data, with all personal identifiers removed, will also be shared with:

- 1) Medavie HealthEd's internal committees (Program Advisory Committee, Curriculum Development Committee, CQI Committee, etc.) to examine variables that affect program delivery, thus guiding our continuous quality improvement process.
- 2) The Private Occupational Training Branch of the New Brunswick Department of Post-Secondary Education, Training and Labour who conducts audits of our programming on an annual basis.
- 3) Accreditation Canada to demonstrate how well prepared our students are for entry to practice.
- 4) Potential employers to demonstrate how well prepared our graduates are for entry to practice.
- 5) Applicants and/or new admissions to demonstrate how well prepared our graduate are for entry to practice.

This is a voluntary process; therefore, it is not mandatory for you to provide our institution with consent to obtain your initial Provincial Entry to Practice Exam mark (pass/fail), or data from subsequent attempts. There will be no impact on your enrollment and/or participation in our programming if you choose not to provide this consent.

If you are willing to voluntarily permit our institution to obtain your Provincial Entry to Practice Exam mark (pass/fail), please complete the remainder of this form. If not, we thank you for your consideration.

By signing this form, I acknowledge that this is a voluntary

Formulaire de consentement de l'étudiant ou du diplômé pour obtenir des renseignements d'un tiers externe

Medavie ÉduSanté souhaite obtenir votre consentement pour accéder à la note finale (réussite ou échec) de votre examen initial d'admission à la profession, ainsi qu'aux notes finales (réussite ou échec) de toutes les reprises d'examen subséquentes.

Lorsque notre établissement reçoit vos résultats personnels, nous supprimons toutes les indications permettant de vous identifier et nous compilons votre résultat avec celui des autres étudiants de votre cohorte. Nous utiliserons vos résultats personnels uniquement pour nous conformer aux dispositions des lois sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels de la province où vous avez étudié.

Les données nouvellement colligées, et exemptes de tout renseignement personnel, seront également transmises :

- 1) aux comités internes de Medavie ÉduSanté (comité consultatif sur les programmes, comité d'élaboration des programmes d'enseignement, Comité d' ACQ, etc.), pour leur permettre d'étudier les facteurs qui ont une incidence sur l'enseignement du programme et ainsi orienter notre processus d'amélioration continue;

- 2) à la Division de la formation professionnelle dans le secteur privé du ministère Éducation postsecondaire, Formation et Travail, qui procède à des vérifications annuelles de nos programmes;

- 3) aux Services de l'agrément de l'Association médicale canadienne, afin de démontrer que nos étudiants sont très bien préparés à exercer leur métier;

- 4) aux employeurs potentiels, afin de leur prouver que nos diplômés sont très bien préparés à exercer leur métier;

- 5) aux candidats et aux nouveaux étudiants, afin de leur prouver que nos diplômés sont très bien préparés à exercer leur métier.

Il s'agit d'une procédure volontaire; par conséquent, vous n'avez aucune obligation de donner votre consentement à notre établissement afin que nous puissions obtenir le résultat final (réussite ou échec) de votre examen initial d'admission à la profession ou les données de vos essais subséquents. Refuser de donner votre consentement n'aura aucune incidence sur votre admission ou votre

By signing this form, I acknowledge that this is a voluntary process and that it is not mandatory for me to provide Medavie HealthEd with consent to obtain my initial COPR candidate Standard Score Report (or alternative PEPE results), or data from subsequent attempts. I fully understand that there will be no impact on my enrollment and/or participation in my program at Medavie HealthEd, if I choose not to provide this consent.

I also recognize that I may withdraw my consent at any time via verbal or written communication to Medavie HealthEd.

n'aura aucune incidence sur votre admission ou votre participation à nos programmes.

Si vous choisissez de consentir volontairement à ce que notre établissement obtienne votre résultat final (réussite ou échec) à l'examen initial d'admission à la profession, veuillez remplir la suite du présent formulaire. Si vous ne désirez pas accorder votre consentement, nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire ce qui précède.

En signant le présent formulaire, je reconnais qu'il s'agit d'une procédure volontaire et que je ne suis pas dans l'obligation de donner à Medavie ÉduSanté mon consentement à l'obtention de ma note finale à l'examen initial d'admission à la profession et aux données concernant mes essais subséquents. Je comprends parfaitement que mon refus de consentir n'aura aucune incidence sur mon admission ou ma participation au programme Medavie ÉduSanté.

Je reconnais également que je peux retirer mon consentement à tout moment en communiquant verbalement ou par écrit avec Medavie ÉduSanté.

Student/Graduate Information/Renseignements sur l'étudiant ou le diplômé

Full Name of Student/Graduate (First, Middle, Last)/Nom complet de l'étudiant ou du diplômé (prénom, second prénom, nom): ~Student.FirstName~ ~Student.MiddleName~ ~Student.LastName~

Address/Adresse: ~Student.Address~

Phone #/Téléphone: ~Student.Phone~

DND PCP STUDENT CONTACT/CONTRAT

I, ~Student.FirstName~ ~Student.LastName~, upon reading this document in its entirety, do hereby consent to the disclosure of my initial COPR Candidate Standard Score Report (or alternative PEPE results), as well as the results from any subsequent attempts, during the time period of one (1) year past my completion date to Medavie HealthEd.

The required information may be shared either in person, by phone, by fax, by mail, or by e-mail as needed. I understand that electronic mail (e-mail) is not confidential and can be intercepted and read by other people.

À la suite de la lecture de l'ensemble du présent document, je, ~Student.FirstName~ ~Student.LastName~ (nom de l'étudiant ou du diplômé), consent par la présente à ce que Medavie ÉduSanté puisse obtenir les notes finales (réussite ou échec) de mon examen initial d'admission à la profession et de tous mes essais subséquents, pour une période d'un (1) an après la date d'achèvement de l'examen.

Les informations requises peuvent être communiquées en personne, par téléphone, par télécopie, par courrier ou par courrier électronique, selon les besoins. Je comprends que le courrier électronique (e-mail) n'est pas confidentiel et peut être intercepté et lu par d'autres personnes.

July 5, 2023

Student Name

Student Signature

Date

Student Confidentiality Agreement/Entente de Confidentialité

According to Medavie HealthEd Policy No 9-130 Confidentiality Agreement, all persons having access to documentation or patient information pertaining to diagnoses, treatment or personal affairs are to exercise strict confidentiality. This applies to information in written, verbal or electronic form, including the use of iPad's by students.

All information regarding patients in or out of hospital that you have access to as a student in the Medavie HealthEd program is strictly confidential. At no time are you to discuss a patient in any context with friends, families, neighbours or other health care team members. The only exception is with your preceptor to assist your learning.

Aside from the sharing of information by those caring for the patient, there are only three ways in which information may be released:

1. Upon written authorization of the patient.
2. Upon request of the Minister of Health and Community Services.
3. Upon court order.

Misuse of any health information shall be considered a serious offence and persons violating these directions can expect disciplinary action to be taken, in accordance with Policy 4-20 Disciplinary Action.

PLEDGE OF CONFIDENTIALITY

I have read the above Confidentiality Policy of Medavie HealthEd – and, as a condition of my clinical/practicum placement, agree to be bound by this said policy.

Toutes personnes ayant accès à la documentation ou l'information d'un patient concernant la diagnostique, le traitement ou tout autre sujet personnel sont sous l'obligation d'exercer une confidentialité absolue. Ceci s'applique à l'information sous format écrit, verbale ou électronique, incluant l'utilisation des iPads par les étudiant.

Toutes informations concernant les patients à l'intérieur ou à l'extérieur du séjour clinique / préceptorat que vous pouvez avoir accès en temps qu'étudiant du programme soit strictement confidentiel. Sous aucun prétexte allez-vous discuter la situation d'un patient avec des amis, familles, voisins ou autres membres des professionnels de la santé qui ne sont pas impliqués dans le cas du patient.

A l'exception de l'information partagé par les personnes à charge du patient, il y a seulement trois façons par lesquelles l'information peut être communiquée.

1. Autorisation écrite du patient.
2. Requête du Ministre de la Santé et du Bien-être.
3. Requête de la cour.

Une mauvaise utilisation de l'information des services de la santé sera considérée comme une offense sérieuse et les personnes qui commettent l'infraction de ces directions peuvent s'attendre à des actions disciplinaires conformément à la politique 4-20 sur les mesures disciplinaires.

PROMESSE DE CONFIDENTIALITÉJ'ai lu la politique de Confidentialité ci-dessus de Medavie ÉduSanté, et en tant que condition pour mes stages cliniques et préceptorats, accepte d'être viable à cette dites politique.

July 5, 2023

Student Name

Student Signature

Date

Release of Promotional Products

According to Medavie HealthEd Policy No 9-131 Release of Promotional Products, any photographs, video or audio recordings of events related to the Medavie HealthEd and its staff, students and/or Medavie Health Services may be used in anyway to promote or enhance Medavie HealthEd. This could include, but is not limited to, promotional slides, posters, appearances on the internet, and/or to enhance presentations. This also applies to assignments and projects completed in written, verbal or electronic form. Misuse of any of the above items shall be considered a serious offense and persons violating these directions can expect disciplinary action to be taken.

Communiqués pour produits promotionnels

Conformément à la politique no 9-131 Communiqués pour produits promotionnels de Medavie ÉduSanté, toutes les photos, toutes les vidéos et tous les enregistrements audio liés à Medavie ÉduSanté et à son personnel, à ses étudiants et à Services De Santé Medavie peuvent être utilisés de quelque manière que ce soit pour faire la promotion de Medavie ÉduSanté ou pour améliorer son image. Le matériel promotionnel peut comprendre, mais sans s'y limiter, les diaporamas promotionnels, les affiches publicitaires, les apparitions sur Internet, ou l'amélioration des présentations. Cela s'applique également aux travaux et projets, qu'ils soient sous forme écrite, orale ou électronique.

Une utilisation abusive de tout élément mentionné ci-dessus sera considérée comme une infraction grave et les personnes qui contreviennent aux présentes directives pourraient faire l'objet de mesures disciplinaires.

Please choose one of the following/Veuillez choisir l'une des options suivantes:

Initial Here/Initiale ici:

ACKNOWLEDGEMENT OF RESPONSIBILITY & POLICY AWARENESS AGREEMENT THE AGREEMENT

Medavie HealthEd agrees to provide each student and instructor with access to the Policies and Procedure manual.

General requirements and responsibilities:

- Maintain a positive attitude
- Maintain patient confidentiality at all times
- Demonstrate respect and dignity at all times
- Complete all documentation in a timely manner
- Demonstrate commitment and dedication
- Keep the Program staff informed and up to date
- Remain truthful and honest at all times
- Keep current with medical knowledge
- Be punctual and comply with all policies and procedures
- Advise Program staff if you will be late or absent

I have received access and read the Policies and Procedure Manual and accept the responsibilities as outlined above and contained within this manual. I am aware that I may also access the Manual via the Medavie HealthEd online portal or through program staff. I understand that these policies are designed to govern the Paramedic Program.

Initial Here/Initiale ici:

RECONAISSANCE DES RESPONSABILITÉS ET ENTENTE DE CONNAISSANCE DES POLITIQUES ENTENTE

Le programme paramédical s'engage à fournir un exemplaire du manuel étudiant qui comprend le manuel d'opérations du programme Paramédical à tous les Étudiant(e)s et instructeurs.

Responsabilités et obligations générales:

- Maintenir une attitude positive
- Maintenir la confidentialité du patient en tout temps
- Démontrer le respect et la dignité pour tous
- Compléter tous documentations dans les délais requiert.
- Démontrer un dévouement et d'être dédié au cours.
- Garder le coordinateur informer et à jours.
- Demeurer honnête et vrai en tout temps.
- Se garder au courant des connaissances médicales.
- Soyez ponctuel et suivre tout les politiques de l'académie
- Aviser le coordinateur si vous allez être en retard ou absent

J'ai reçu et pris connaissance du guide de l'étudiant et accepte les responsabilités soulignées ci-dessus et contenues dans ce manuel. Je sais que je peux consulter le manuel de l'étudiant via le portail en ligne de Medavie ÉduSanté ou au personnel. Je comprends que ces politiques sont établies en fonction des étudiants afin d'assurer le bon fonctionnement du programme.

DND Primary Care Paramedicine Program Leave and Leave Locator requirements

Leave while in class:

- Weekends only – Leave Locator to be submitted.
- Must be within 500 kms of Moncton and you must remain in “the Maritimes” (New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island)
- Travel by car, bus or train only.
- Leave Locator to be submitted to Karen by noon each Wednesday.
- If more than 500 kms from Moncton, outside of the Maritimes or flying you must submit CF100 Leave Request and Memo. Unless an emergency these must be submitted to Karen two weeks in advance to allow time for processing and approval.

Leave during practicum:

- Maximum of 4 days (days off between rotations) unless extenuating circumstances.
- Must be within 500 kms of your assigned location and in the Maritimes to use leave locator.
- Leave locator to be submitted to Karen by noon each Wednesday.
- If leave requested is outside the Maritimes, requires you to fly or is for in excess of 4 days you must complete and submit CF100 Leave Request and Memo. These are to be submitted to Karen two weeks prior to requested leave to allow time for processing and approval unless for extenuating circumstances.

Exigences relatives aux demande de congés lors d’assignation de stages pour le programme de Paramedic en soins primaire

Congé pendant les cours

- Week-end seulement – un formulaire d’absence doit être soumis.
- Doit être dans un rayon de 500 km de Moncton et vous devez rester dans « les Maritimes » (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard).
- Déplacement en voiture, autobus ou train seulement.
- Le formulaire d’absence doit être soumis à Karen avant midi tous les mercredis.
- Si vous allez au-delà de 500 km de Moncton ou à l’extérieure des maritimes, ou si vous devez prendre l’avion, vous devez soumettre une demande d’autorisation de congé (CF 100) et une note de service. À moins d’une urgence, ces documents doivent être soumis à Karen deux semaines à l’avance afin de laisser du temps pour le traitement et l’approbation.

Congé pendant le stage

- Maximum de 4 jours (jours de congé entre les rotations), à moins de circonstances atténuantes.
- Doit être dans un rayon de 500 km de l’endroit où vous avez été assigné, et dans les Maritimes afin de pouvoir utiliser un formulaire d’absence.
- Le formulaire d’absence doit être soumis à Karen avant midi tous les mercredis.
- Si le congé demandé est à l’extérieur des Maritimes, requière que vous preniez l’avion ou est pour une durée de plus de 4 jours, vous devez remplir et soumettre une demande d’autorisation de congé (CF 100) et une note de service. Ces documents doivent être soumis à Karen deux semaines avant le congé demandé afin de laisser du temps pour le traitem et l’approbation, à moins de circonstances atténuantes.

DND PCP STUDENT CONTACT/CONTRAT

July 5, 2023

Student Name

Student Signature

Date

DND IPAD AGREEMENT/ENTENTE D'UTILISATION D'UN

DND Primary Care Paramedicine Program iPad Usage Agreement

I, ~Student.FirstName~ ~Student.LastName~, a DND student enrolled in the Primary Care Paramedicine Program agree to enter into the following terms and conditions in regards to the usage of:

- iPad
- iPad screen protector
- iPad keyboard case
- 10/12 Watt Power Adapter
- USB Cable for iPad

I agree that the above mentioned equipment I am receiving is being loaned to me in new and working condition, and is virus and spyware free.

I understand that should I withdraw from the DND Primary Care Paramedicine Program, or be dismissed, I am under obligation to return the above mentioned equipment to Medavie HealthEd in working condition (virus and spyware free).

I am under obligation to return the above mentioned equipment to Medavie HealthEd on the last day of scheduled classes; otherwise, I will not be eligible for graduation until the equipment is returned.

I understand that I am NOT the owner of the above mentioned equipment, but that I am free to use the equipment at school and at home while enrolled in the DND Primary Care Paramedicine Program. I am able to take the equipment with me during evening and weekend hours but must ensure that I have the equipment with me during my class and practicum time.

I understand that while enrolled at Medavie HealthEd I may be held responsible for any technical difficulties I may encounter while engaging in inappropriate use of the equipment. Appropriate Use will be deemed pending investigation by Medavie HealthEd.

I understand that I am responsible for the safekeeping of the equipment, and will be held responsible for any physical damage that occurs to the iPad or its accessories.

I understand that I must change my password from 1234 to another four-digit number which I must list here and that I am no longer allowed to change the password for the remainder of the program.

I understand that prior to the day I am returning the iPad to Medavie HealthEd it is my responsibility to clear the iPad

Programme 2023 de formation paramédicale de soins primaires du MDN

Entente d'utilisation d'un iPad

Je, ~Student.FirstName~ ~Student.LastName~, étudiant du MDN au programme de formation paramédicale de soins primaires, accepte de respecter les conditions suivantes en lien avec l'utilisation de :

- iPad
- iPad écran protecteur
- Étui de protection avec clavier
- Adaptateur d'alimentation
- Câble USB pour iPad

Je reconnais que l'appareil et l'accessoire mentionnés ci-dessus étaient neufs et en bon état de marche lorsque je les ai reçus, et qu'ils n'étaient infectés par aucun virus ou logiciel espion.

Je comprends que si j'abandonne le programme de formation paramédicale de soins primaires du MDN, ou si je suis renvoyé, je suis dans l'obligation de remettre l'équipement mentionné ci-dessus à Medavie ÉduSanté en bon état de marche (sans virus ni logiciels espions).

Je comprends que j'ai l'obligation de remettre l'équipement mentionné ci-dessus à Medavie ÉduSanté lors de la dernière journée de cours prévue au calendrier et que je ne recevrai pas mon diplôme tant que je n'aurai pas retourné l'équipement.

Je comprends que je NE SUIS PAS propriétaire de l'équipement mentionné ci-dessus, mais que je peux utiliser l'équipement à l'école et à la maison pendant ma participation au programme de formation paramédicale de soins primaires du MDN. J'ai l'autorisation d'emporter l'équipement avec moi les soirs et les fins de semaine, mais je dois m'assurer que j'ai l'équipement avec moi durant les cours et les stages.

Je comprends que pendant mon inscription à Medavie ÉduSanté, je pourrais être tenue ou tenu responsable de toute difficulté technique que je pourrais rencontrer en raison d'une utilisation inappropriée de l'équipement. L'utilisation de l'équipement sera considérée comme

DND IPAD AGREEMENT/ENTENTE D'UTILISATION D'UN

Medavie HealthEd it is my responsibility to clear the iPad and return it to factory settings.

By signing the line below, I agree to adhere to this iPad Usage Agreement and all terms and conditions applicable. I understand that failure to adhere to the terms and conditions aforementioned may result in disciplinary action or dismissal from the program.

I, ~Student.FirstName~ ~Student.LastName~, have read, understood, and agree to the terms outlined in this iPad Usage Agreement.

appropriée jusqu'à ce que Medavie ÉduSanté ait mené son enquête.

Je comprends que je suis responsable de protéger l'équipement et de le garder en lieu sûr, et que je serai tenu responsable de tout dommage matériel au iPad ou à ses accessoires. Je comprends que je dois remplacer le mot de passe par défaut (1234) par un autre mot de passe à quatre chiffres, que je dois l'indiquer ci-dessous et que je ne pourrai plus modifier le mot de passe pendant toute la durée du programme.

Je comprend que la journée avant de remettre le iPad à Medavie ÉduSanté c'est ma responsabilité d'effacer l'iPad et de le restaurer aux paramètres d'usine.

En signant ci-dessous, j'accepte de respecter la présente entente d'utilisation d'un iPad ainsi que toutes les conditions qui s'appliquent. Je comprends que le non-respect des conditions susmentionnées pourrait entraîner des mesures disciplinaires ou mon renvoi du programme. Je, ~Student.FirstName~ ~Student.LastName~, confirme avoir lu, compris et accepté les conditions énoncées dans la présente entente d'utilisation de iPad.

Password/Mot de passe: _____

iPad Serial No/Numéro de série du
iPad: _____

I have received the following/J'ai reçu les éléments suivants :

- iPad
- iPad screen protector/iPad écran protecteur
- 10/12 Watt Power Adapter/Adaptateur d'alimentation
- USB Cable for iPad/Câble USB pour iPad
- Keyboard Case/Étui de protection avec clavier

DND IPAD AGREEMENT/ENTENTE D'UTILISATION D'UN

Signatures

Student Name

Student Signature

July 5, 2023

Date