

Demande d'accès aux programmes à double reconnaissance de crédit

Ministère de l'Éducation
Septembre 2025

Demande d'accès aux programmes à double reconnaissance de crédit

Les renseignements recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'administration de l'accès sécurisé à la Solution améliorée de collecte des données (SACD) utilisée pour les programmes à double reconnaissance de crédit.

INSTRUCTIONS

OBJECTIFS DU PRÉSENT FORMULAIRE

Le présent formulaire doit être utilisé pour demander la création d'un compte utilisateur afin d'obtenir un accès sécurisé à une ou plusieurs applications du groupement ITI. Ces applications sont assujetties à des mesures de sécurité appropriées en raison des renseignements personnels et confidentiels qu'elles contiennent.

Le formulaire doit également être utilisé pour demander des modifications aux droits d'accès des utilisateurs existants (y compris la suppression de leur accès).

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA PARTIE 1

L'utilisatrice ou l'utilisateur doit remplir et signer la partie 1. Des renseignements illisibles ou incomplets peuvent retarder le traitement du formulaire. Les responsabilités de l'utilisatrice ou de l'utilisateur concernant l'accès à une ou plusieurs applications sont énoncées à la partie 1. Les renseignements fournis dans ces applications de groupement ITI sont strictement confidentiels et ne doivent en aucun cas être divulgués à des personnes non autorisées, et ce, pour quelque raison que ce soit.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA PARTIE 2

La partie 2 doit être remplie et signée par l'autorité habilitée de l'établissement – soit la présidente ou le président ou la coordinatrice ou le coordinateur de l'équipe de planification régionale.

ENVOI DU FORMULAIRE

Une fois que l'utilisatrice ou l'utilisateur a rempli et signé la partie 1 et que l'autorité habilitée de l'établissement a rempli et signé la partie 2, le formulaire original doit être transmis à la personne-ressource du ministère de l'Éducation.

PARTIE 1 : À remplir par la personne requérante

Si vous n'avez pas de compte Go Secure, veuillez en créer un sur ce [portail](https://edcs.tcu.gov.on.ca/Main/) (<https://edcs.tcu.gov.on.ca/Main/>). Répondez à toutes les questions applicables, et inscrivez-vous avec l'adresse courriel que vous avez fournie dans la partie « Renseignements » ci-dessous.

Langue de préférence :

☐ Français

☐ Anglais

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE REQUÉRANTE.	
Prénom	Nom de famille
Adresse courriel	Équipe de planification régionale (n° d'EPR)
Attestation de l'utilisatrice ou de l'utilisateur En signant ci-dessous : • Je m'engage à informer le ministère, au moyen du présent formulaire, si mes renseignements changent. • Je confirme que je n'accéderai qu'aux renseignements autorisés en vertu de mes fonctions concernant l'application ou les applications pertinentes. Je reconnais être responsable de tous ces renseignements, que je garderai strictement confidentiels. • Je m'engage à ne pas accéder aux applications du groupement ITI à partir de terminaux publics, notamment ceux des bibliothèques publiques, des cybercafés, etc.	
Veuillez saisir votre signature ou vos initiales ici : 	Date

IMPORTANT : Une fois le formulaire traité, l'utilisatrice ou l'utilisateur recevra un courriel de l'administratrice ou de l'administrateur des systèmes du ministère l'informant que sa demande d'accès a été acceptée.

PARTIE 2 : À remplir par l'autorité habilitée.

☐ **Nouvel accès**

☐ **Modification**

☐ **Suppression**

Pour une demande de **nouvel accès** ou de **modification**, veuillez indiquer le type d'accès voulu (n'en choisir qu'un) :

☐ **Utilisateur de l'EPR (lecture seule)**

☐ **Coordonnateur de l'EPR (ajout, mise à jour et suppression)**

☐ **Administrateur de l'EPR (ajout, mise à jour, suppression et approbation)**

RENSEIGNEMENTS	
Nom	Poste (Président, présidente, coordinatrice ou coordinateur) et équipe de planification régionale (n° d'EPR)
Adresse courriel	
<u>Attestation de l'autorisateur</u> En signant ci-dessous, j'autorise la personne désignée à la section 1 à avoir l'accès et tenir le ou les rôles précisés ci-dessus. Je m'engage également à suivre la procédure de révocation de ces privilèges lorsque cette personne ne sera plus autorisée à y avoir accès.	
Veuillez saisir votre signature ou vos initiales ici : x _____	Date