



Demande de délivrance de permis et d'inscription au tableau de l'Ordre des audioprothésistes du Québec - Période 2021-2022

Je souhaite effectuer une demande de permis
(Compléter seulement les sections 1, 12, 13)

Je souhaite m'inscrire au tableau de l'Ordre

PHOTO FORMAT
PASSEPORT SUR PAPIER
PHOTO

OBLIGATOIRE

Ne pas brocher

Veillez coller

1. Renseignements personnels

1.1 Identification

M.	Mme	Prénom :	Nom :
			Date de naissance :
Courriel personnel :			
Téléphone :		Cellulaire :	
Adresse :			Ville :
Code postal :	Province :	Pays :	
Langue maternelle :	Langue seconde :	Citoyenneté canadienne : oui non	
* si vous avez répondu non, veuillez fournir une copie certifiée conforme de la preuve de résidence permanente au Canada.			
Numéro d'assurance sociale			

1.2 Votre nom a-t-il fait l'objet d'un changement légal ?

Non	
Oui	a) Nom(s) précédent(s) ? _____ b) Quand et comment ont-ils été changés ? _____
Note : Joindre une copie certifiée du document pertinent.	



1.3 Êtes-vous né(e) ailleurs qu'au Canada? depuis quand y êtes-vous arrivé(e)?

Non

Oui

a) Depuis quand y êtes-vous arrivé(e)?

b) Avez-vous acquis votre citoyenneté canadienne ? Oui Non

c) Avez-vous acquis le statut de résident(e) permanent(e) Oui Non

Note : Joindre une copie certifiée du document pertinent.

1.4 Établissement(s) d'enseignement fréquenté(s)

Niveau collégial : _____

Nombre d'années : _____

Nom de l'établissement d'enseignement : _____

Niveau universitaire : _____

Nombre d'années : _____

Nom de l'établissement d'enseignement : _____

2. RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

2.1 Permis

***Ne pas remplir si la demande de permis se fait en même temps que la demande d'inscription au Tableau de l'Ordre.**

No permis :

Date d'obtention du permis :



2.2 Préférences de communication

2.2.1 Communications et protection des renseignements personnels

- 1- En plus des communications essentielles, j'accepte de recevoir les communications promotionnelles en provenance de l'Ordre, incluant les privilèges et opportunités professionnelles : Oui Non
- 2- J'accepte que mes coordonnées soient transmises aux partenaires de l'Ordre à des fins de recherche ou de statistiques, ou pour me proposer des offres d'emploi, des avantages ou des services en lien avec ma pratique : Oui Non
- 3- J'accepte que mon adresse courriel soit publiée dans le répertoire des membres sur le site web de l'Ordre : Oui Non
- 4- J'accepte de recevoir les infolettres de l'Ordre. Si vous voulez vous désabonner, choisissez non. Oui Non

2.2.2 Correspondance

Adresse :	Téléphone :
# bureau :	Télécopieur :
Ville :	*Courriel :
Langue(s) parlée(s)	

*Fournir une adresse électronique professionnelle ou personnelle établie à votre nom. Cette adresse ne doit pas être au nom d'un tiers et **ne doit pas être partagée (deux personnes avec la même adresse)**. Elle peut comprendre soit **votre prénom**, soit **votre nom de famille** ou **les deux** informations. Cette adresse est utilisée par l'Ordre pour vous transmettre diverses informations. (Art. 60 du *Code des professions*).

2. Emploi et lieu d'exercice

Conformément à l'article 60 du *Code des professions*, vous devez faire connaître au secrétaire de l'Ordre tous les lieux où vous exercez votre profession. Si vous ne l'exercez pas, le domicile sera le lieu de votre résidence ou de votre travail principal. Le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. Le domicile professionnel sert aux fins d'élections

2.3.1 Lieu d'exercice principal

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
Bureau :	Courriel :
Ville :	Date début de l'emploi :
Code postal :	Service à domicile : Oui Non
Lien d'emploi : Associé(e) Propriétaire/associé(e)	Accès mobilité réduite : Oui Non
Propriétaire Salarié(e)	



2.3.2. Lieu d'exercice – secondaire*

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
# bureau :	Courriel :
Ville :	Service à domicile : Oui Non
Date début de l'emploi :	Accès mobilité réduite : Oui Non
Lien d'emploi : Associé(e) Propriétaire/associé(e)	
Propriétaire Salarié(e)	

*Si vous avez plus d'un lieu d'exercice secondaire, veuillez remplir et joindre l'annexe A.

2.4 Exercice en société

1- Êtes-vous propriétaire/associé d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL), laquelle offre des services professionnels? Oui Non

1.1 Si oui, exercez-vous seul ou avec un ou plusieurs audioprothésistes? (Si vous êtes seul inscrivez 0 sinon inscrivez le nombre en vous excluant) _____

2- Êtes-vous propriétaire/actionnaire d'une société (SPA), laquelle offre des services professionnels? Oui Non

2.1 Si oui, exercez-vous seul ou avec un ou plusieurs audioprothésistes? (Si vous êtes seul inscrivez 0 sinon inscrivez le nombre en vous excluant) _____

3- Êtes-vous audioprothésiste salarié(e) d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) ou d'une société par actions (SPA)? Oui Non

4- Êtes-vous l'audioprothésiste répondant en ce que vous êtes désigné pour agir pour l'ensemble des audioprothésistes de la société? Oui Non

4.1 Si oui, S'agit-il d'une nouvelle société (SPA ou SENCRL), en ce qu'elle a été enregistrée au Registraire des entreprises du Québec au cours de la dernière année? Oui Non

4.1.1 Si oui, veuillez compléter le formulaire en cliquant [ici](#)

5- La société au sein de laquelle vous êtes répondant a-t-elle fait l'objet de modifications au sens de l'art. 5 du [Règlement sur l'exercice de la profession d'audioprothésiste en société](#)? Oui Non

5.1 Si non, veuillez compléter le formulaire en cliquant [ici](#)

5.2 Si oui, veuillez compléter le formulaire [ici](#)



6- Dans le cas d'une société par actions (SPA), la totalité des actions qui ne comportent pas de droit de vote est-il détenue par votre parent (en ligne directe ou collatérale) ou par votre conjoint?

Oui Non

6.1 Si oui, le « parent » ou le « conjoint » est-il membre d'un ordre professionnel?

Oui Non

6.1.1 Si oui, lequel? _____

2.5 Avez-vous déjà fait ou faites-vous présentement partie d'un ordre professionnel ?

Non

Oui

Si vous avez répondu oui, lequel _____

2.6 Si vous avez répondu oui à la question 2.5, avez-vous déjà fait ou faites-vous présentement l'objet d'une sanction disciplinaire ou de toute autre mesure administrative de cet ordre ?

Non

Oui

Quand : _____

Pour quel motif : _____

Note : Joindre un certificat d'un dirigeant compétent de cet ordre attestant des mesures disciplinaires ou administratives prises par cet ordre contre vous.

Déjà fourni

2.7 Si vous avez répondu oui à la question 2.5, devez-vous présentement quelque somme d'argent que ce soit à cet ordre ?

Non

Oui

Montant : _____

Date à laquelle la dette a été contractée : _____



2.8 Si vous avez répondu oui à la question 2.5, avez-vous déjà fait ou faites-vous présentement l'objet d'une enquête de quelque nature que ce soit de cet ordre ?

Non

Oui

Nature de l'enquête : _____
Depuis quand : _____

3. GESTION DU CÉRUMEN

Avez-vous suivi une formation en gestion de cérumen?

Oui

Non

4. DÉCISIONS DISCIPLINAIRES

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un ordre professionnel au Québec ou d'un organisme professionnel (ou d'une autre autorité compétente) hors du Québec vous imposant une sanction et dont vous n'avez pas informé à ce jour l'Ordre des audioprothésistes du Québec ?

Oui

Non

5. INFRACTIONS CRIMINELLES

Avez-vous déjà fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle dont vous n'avez pas informé à ce jour l'Ordre des audioprothésistes du Québec ?

Oui

Non

6. INFRACTIONS PÉNALES

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision rendue au Québec vous déclarant coupable d'une infraction visée à l'article 188 du Code des professions ou d'une infraction à une disposition d'une loi du Québec ou d'une loi fédérale identifiée au Code de déontologie pour laquelle vous n'avez pas informé, à ce jour, l'Ordre des audioprothésistes du Québec ?

Usurpation d'un titre professionnel

Oui

Non

Pratique illégale d'une profession

Oui

Non

7. POURSUITE POUR UNE INFRACTION PUNISSABLE DE CINQ ANS D'EMPRISONNEMENT OU PLUS

Faites-vous l'objet d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus pour laquelle vous n'avez pas informé, à ce jour, l'Ordre des audioprothésistes du Québec ?

Oui

Non

8. RECOURS CIVIL

Avez-vous fait l'objet d'un recours ou d'une réclamation en responsabilité civile professionnelle dont vous n'avez pas, à ce jour, informé l'Ordre des audioprothésistes du Québec ?

Oui

Non



9. ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Possédez-vous une assurance responsabilité professionnelle valide pour la période 2021-2022?

Oui Non

10. EN VOUS FONDANT SUR VOTRE HISTORIQUE PERSONNEL, VOTRE SITUATION ACTUELLE OU TOUTE OPINION OU TOUT AVIS PROFESSIONNEL QUE VOUS AVEZ REÇU, AVEZ-VOUS PRÉSENTEMENT UNE CONDITION QUI EST RAISONNABLEMENT SUSCEPTIBLE D'AFPECTER VOTRE CAPACITÉ À EXERCER LA PROFESSION D'AUDIOPROTHÉSISTE?

PRÉCISION : La question ci-haut est posée en vertu de l'article 48 du Code des professions du fait que « le Conseil d'administration d'un ordre peut ordonner l'examen médical d'une personne qui est membre de cet ordre, qui demande son inscription au tableau ou qui présente une autre demande dans le cadre de sa candidature à l'exercice de la profession lorsqu'il a des raisons de croire que cette personne présente un état physique ou psychique incompatible avec l'exercice de sa profession ». À noter que cette question ne vise aucunement une personne qui souhaite obtenir des mesures d'accommodement pour sa formation professionnelle en raison d'une situation de handicap.

Non

Oui	Fournir une description générale de cette condition et de ses impacts. Pour ce faire, utilisez une feuille à part.
-----	--

11. IMPLICATION À L'ORDRE

L'Ordre des audioprothésistes du Québec sollicite la participation d'audioprothésistes pour diverses activités ou comités. Désirez-vous vous impliquer ?

Oui Non

12. ATTESTATION DE VÉRACITÉ

J'atteste que tous les renseignements donnés sur ce formulaire sont exacts. J'ai pris connaissance de l'information comprise au présent formulaire et, l'ayant dûment rempli, je certifie que les renseignements qu'il contient à mon sujet sont vrais, exacts et complets. De plus, ma signature pourra servir aux fins de validation ou d'authentification par le personnel de l'Ordre.

Signature du déclarant

Date

13. SERMENT PROFESSIONNEL (mettre ANNEXE)

Veuillez remplir et joindre l'annexe B au présent formulaire.



AVIS IMPORTANT

TOUTE DEMANDE SERA CONSIDÉRÉE COMME INCOMPLÈTE ET SERA PAR CONSÉQUENT RETOURNÉE À L'EXPÉDITEUR DANS LES CAS SUIVANTS :

- ◇ Photographie manquante ou un imprimé d'une photo
- ◇ Formulaire non signé
- ◇ Serment professionnel non assermenté ou non signé
- ◇ Demande non accompagnée des documents requis :
 - Extrait certifié du certificat de naissance (demande de permis)
 - Attestation de réussite d'études collégiales en technique d'audioprothèse (transmise par le Collège de Rosemont ou le Cégep de La Pocatière) (demande de permis)
- ◇ Absence de réponse à une ou plusieurs questions

POSTEZ À L'ADRESSE SUIVANTE :

Ordre des audioprothésistes du Québec
1001, rue Sherbrooke Est, bureau 820, Montréal (Québec) H2L 1L3



ANNEXE A

Lieu d'exercice secondaire

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
# bureau :	Courriel :
Ville :	Service à domicile : Oui Non
Date début de l'emploi :	Accès mobilité réduite : Oui Non
Lien d'emploi : Associé(e) Propriétaire/associé(e)	
Propriétaire Salarié(e)	

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
# bureau :	Courriel :
Ville :	Service à domicile : Oui Non
Date début de l'emploi :	Accès mobilité réduite : Oui Non
Lien d'emploi : Associé(e) Propriétaire/associé(e)	
Propriétaire Salarié(e)	

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
# bureau :	Courriel :
Ville :	Service à domicile : Oui Non
Date début de l'emploi :	Accès mobilité réduite : Oui Non
Lien d'emploi : Associé(e) Propriétaire/associé(e)	
Propriétaire Salarié(e)	

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
# bureau :	Courriel :
Ville :	Service à domicile : Oui Non
Date début de l'emploi :	Accès mobilité réduite : Oui Non
Lien d'emploi : Associé(e) Propriétaire/associé(e)	
Propriétaire Salarié(e)	



ANNEXE B

SERMENT PROFESSIONNEL

Je, _____, affirme solennellement que :

- je remplirai mes devoirs d'audioprothésiste avec conscience, loyauté, intégrité et dignité;
- je respecterai le secret professionnel et ne révélerai à personne ce qui est venu à ma connaissance dans l'exercice de ma profession;
- Je me conformerai au Code des professions (L.R.Q., chap. C-26), à la Loi sur les audioprothésistes (L.R.Q., chap. A-33) et aux règlements adoptés en vertu de ces Lois.

Signature du membre de l'Ordre des audioprothésistes du Québec
(à signer uniquement devant un commissaire à l'assermentation)

Commissaire à l'assermentation pour le Québec
ou autre titre autorisé par la loi.

Affirmé solennellement devant moi, à _____, Québec

Ce _____ 2021