

## Demande de délivrance de permis et d'inscription au tableau de l'Ordre des audioprothésistes du Québec - Période \_\_\_\_\_

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

Je souhaite m'inscrire au tableau de l'Ordre

Photo d'identification  
numérique récente de  
style passeport en  
couleur

### 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	<p>a) Nom(s) précédent(s) ? _____</p> <p>b) Quand et comment ont-ils été changés ? _____</p> <p>Note : Joindre une <b>copie certifiée</b> du document pertinent.</p>

### 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

2.2.2 Correspondance	
Adresse :	Téléphone :
Bureau :	Télécopieur :
Ville :	Code postal :
Langue(s) parlée(s)	*Courriel :

\*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*).

### 2.3. 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 :	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)	

\*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/actionnaire** au sein d'une société (SENC, SPA ou SENCRL)

Oui      Non      \*Si oui, merci d'indiquer le # NEQ \_\_\_\_\_

**Si oui**, quelle est la forme juridique de la société? (\* Indiquez 0 si vous travaillez seul)

- Société en nom collectif (SENC)
- Société par actions (SPA)      Nombre d'audioprothésiste\*:
- Société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL)      Nombre d'audioprothésiste\*:

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

**2.1 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

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

3- 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

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

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

4- 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

**4.1 Si oui**, le « parent » ou le « conjoint » est-il membre d'un ordre professionnel?      Oui      Non

**4.1.1 Si oui**, lequel? \_\_\_\_\_

5- Êtes-vous audioprothésiste **salarié(e)** (si vous avez répondu oui à la question 1 de la section 2.4, veuillez écrire non) d'une société par actions (SPA) ou d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL)?      Oui      Non

**5.1 Si oui** : Veuillez indiquer le numéro d'entreprise du Québec (NEQ) de la société SPA ou SENCRL  
NEQ : \_\_\_\_\_

## 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. ENTREPRISE INDIVIDUELLE**

Exercez-vous au sein d'une entreprise individuelle?

Oui

Non

**4. GESTION DU CÉRUMEN**

Avez-vous suivi une formation en gestion de cérumen?

Oui

Non

**5. 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

## 6. 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

## 7. 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

## 8. 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

## 9. 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

## 10. ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

À compter du 1er avril 2023, tous les membres de l'Ordre doivent souscrire à l'assurance responsabilité professionnelle offerte dorénavant par l'Ordre. J'ai compris

## 11. 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'AFFECTER 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.
-----	--

## 12. 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

## 13. CETTE QUESTION S'ADRESSE AUX ÉTUDIANTS POSSÉDANT UN DIPLÔME D'UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE DE LANGUE ANGLAISE?

En vertu de l'art. 35 de la Charte de la langue française, (RLRQ c. C-11) « Les ordres professionnels ne peuvent délivrer de permis au Québec qu'à des personnes ayant de la langue officielle une connaissance appropriée à l'exercice de leur profession. ». Répondez à l'une ou l'autre des questions suivantes :

1° Avez-vous suivi, à temps plein, au moins trois années d'enseignement de niveau secondaire ou post-secondaire dispensé en français ? (Une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier) Oui

OU

2° Avez-vous réussi les examens de français langue maternelle de la quatrième ou de la cinquième année du cours secondaire ? (Personne ayant étudié en anglais ou dans une autre langue. Une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier) Oui

OU

3° Avez-vous obtenu, au Québec, un certificat d'études secondaires qui n'est pas antérieur à l'année scolaire 1985-1986? (Une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier) Oui

OU

4 Aucune des conditions susmentionnées. En ce cas, vous devrez réussir l'examen de français de l'Office de la langue française. Non

## 14. JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE :

Les articles suivants du *Code de déontologie des avocats*, (RLRQ, c. B-1, r. 3.1) en lien avec les situations d'incompatibilité, soit :

**4.01.01.** Sont incompatibles avec l'exercice de la profession :

- a) la profession de médecin, d'orthophoniste et d'audiologiste;
- b) la fonction d'orthopédaque et de technicien en audiométrie.

**4.01.02.** L'audioprothésiste qui a un intérêt dans une entreprise de fabrication, ou de commerce en gros de prothèses auditives ou qui exerce ses activités professionnelles avec une personne qui a un tel intérêt dans une telle entreprise ne peut vendre la marque de prothèses auditives fabriquée ou vendue par telle entreprise.

Je reconnais

## 15. 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

## 16. SERMENT PROFESSIONNEL (ANNEXE B)

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;
- ◇ Formulaire non signé;
- ◇ Serment professionnel non assermenté ou non signé;
- ◇ Demande non accompagnée des documents requis :
  - Copie 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);
  - Paiement au prorata de la cotisation annuelle.
- ◇ Absence de réponse à une ou plusieurs questions.

Retourner le présent formulaire ainsi que l'ensemble des documents  
(NE PAS TRANSMETTRE SÉPARÉMENT) par courriel à :

[info@audioprothesistes.org](mailto:info@audioprothesistes.org)



**ANNEXE A**

**Lieu d'exercice secondaire**

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
Bureau :	Courriel :
Ville : Code postal :	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 : Code postal :	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 : Code postal :	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 : Code postal :	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**

(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 \_\_\_\_\_ 20\_\_