

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS		
M. Mme	Prénom :	Nom :
No permis :	Date d'obtention du permis :	Date de naissance :
Courriel personnel :		
Téléphone :	Cellulaire :	

2. ADRESSE ET COORDONNÉES RÉSIDENTIELLES		
Adresse :	Ville :	
Code postal :	Province :	Pays :

3. RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

EXERCICE EN SOCIÉTÉ

1- Êtes-vous propriétaire/associé/actionnaire au sein d'une société (SENC, SPA ou SENCRL)

Oui Non

Si oui, quelle est la forme juridique de la société?

- 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? _____

**Veuillez indiquer si vous exercez-vous seul ou avec un ou plusieurs audioprothésistes? (Si vous êtes seul inscrivez 0 sinon inscrivez le nombre en vous excluant)*

5- Êtes-vous audioprothésiste salarié(e) 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 : _____

4. ENTREPRISE INDIVIDUELLE

1. Exercez-vous au sein d'une entreprise individuelle? Oui Non

5. GESTION DU CÉRUMEN

1. Avez-vous suivi une formation en gestion de cérumen? Oui Non

6. ÉTALONNAGE

1. Êtes-vous l'audioprothésiste responsable de l'étalonnage au sein de votre organisation? Oui Non

2. Combien d'appareils (audiomètre, analyseur électroacoustique, du champ libre, s'il y a lieu, et appareils d'analyse post-prothétique) utilisez-vous au sein de l'organisation? _____

3. Combien d'appareils (audiomètre, analyseur électroacoustique, champ libre, s'il y a lieu, et appareils d'analyse post-prothétique) ont fait l'objet d'un étalonnage au cours de la dernière année? _____

7. AUTRES ORDRES

1. Êtes-vous membre d'un autre ordre professionnel? Oui Non

1.1 Si oui, nommé le(s) : _____

8. LIEUX 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)	

9. LIEUX D'EXERCICE – SECONDAIRE*

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

*Si plus d'un lieu d'exercice secondaire, veuillez remplir l'annexe A

10. PRÉFÉRENCES DE COMMUNICATION

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

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*).

11. 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

12. 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

13. 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

14. 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

15. 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

15. POSSÉDEZ-VOUS UNE ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE VALIDE POUR LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE?

Oui Non

16. 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

17. ATTESTATION DE VÉRACITÉ

Je, soussigné(e), j'atteste et déclare solennellement que :

Je m'engage à maintenir mon assurance responsabilité professionnelle auprès de l'assureur ainsi que de lui déclarer tout changement à ma situation professionnelle. À cet effet, j'autorise l'Ordre à obtenir accès en tout temps aux informations me concernant auprès du courtier et l'assureur en assurance responsabilité professionnelle, et ce, afin de contrôler ma conformité aux règlements de l'Ordre;

Je m'engage à respecter le *Code de déontologie des audioprothésistes du Québec* et autres lois et règlements régissant de la profession d'audioprothésiste;

Je m'engage à informer la secrétaire de l'Ordre du lieu principal où j'exerce ma profession ainsi que tous les autres lieux où j'exerce celle-ci dans les **30 jours** où je commence à l'exercer;

Je m'engage à informer, si je n'exerce pas en ce moment ma profession, le lieu de ma résidence ou de mon travail principal qui constitue mon domicile professionnel;

Je m'engage à aviser la secrétaire de l'Ordre de tout changement à ce sujet, dans les **30 jours** du changement;

Les renseignements dans cette demande sont vrais et authentiques au meilleur de ma connaissance. Je reconnais qu'une fausse déclaration peut entraîner des conséquences disciplinaires allant jusqu'à la radiation du tableau des membres de l'Ordre.

Signature du déclarant

Date

Retourner ce formulaire au secrétariat de l'Ordre, par courriel au info@audioprothesistes.org ou par télécopieur au 514-640-5117 ou par la poste à l'adresse suivante :

**1001, rue Sherbrooke Est, bureau 820, Montréal, Québec, H2L 1L3
Tél. : 514 640-5117.**

1. LIEUX D'EXERCICE – SECONDAIRE 2

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

2. LIEUX D'EXERCICE – SECONDAIRE 3

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

3. LIEUX D'EXERCICE – SECONDAIRE 4

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

4. LIEUX D'EXERCICE – SECONDAIRE 5

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