***FORMULAIRE DE DEMANDE D’AUTORISATION SPÉCIALE***

À compléter si les activités professionnelles prévues sur le territoire de la province de Québec

impliquent des interventions auprès de clients

***IDENTIFICATION***

**Nom**   **Prénom**

**Sexe : masculin [ ]  féminin [ ]**

**Date de naissance**

année mois jour

***PRATIQUE***

 **orthophonie**[ ]  **audiologie**[ ]

***COORDONNÉES***

**Adresse de résidence**

 no rue, boul., avenue (précisez) app.

 ville province pays code postal

**No de téléphone**  **No de cellulaire**

**Adresse électronique**

***FORMATION***

**Universitépays diplôme date d’obtention**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE*** (en orthophonie ou en audiologie)

**Employeur actuel principal public ( ) privé ( ) Depuis** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 raison sociale poste occupé

 no rue, boul., avenue (précisez) bureau

 ville province code postal

**Veuillez joindre à votre demande une version abrégée de votre curriculum vitae.**

***MOTIF DE LA DEMANDE***

[ ]  Autorisation d’exercer comme formateur, enseignant, participant à une activité de formation donnée au Québec

[ ]  Autre motif – précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date prévue du début des activités au Québec : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durée de l’autorisation recherchée :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne (ou groupe de personnes) pour qui vous exercerez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisme (ou institution) où vous exercerez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fréquence et nature des activités professionnelles prévues (inclure le détail des activités impliquant des interventions professionnelles auprès de clients) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**S’il y a lieu, fournir le programme des activités (formation, charge de cours, séjour d’immersion en milieu clinique, etc.).**

***QUALIFICATION PROFESSIONNELLE EN AUDIOLOGIE OU EN ORTHOPHONIE***

**Nom de l’ordre professionnel ou de l’organisme de réglementation dont vous êtes actuellement membre :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Année depuis laquelle vous êtes membre de cet organisme : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numéro de membre :**  **valide du :**   **au :**

**Veuillez fournir une attestation officielle** de l’organisme de réglementation qui contrôle l’exercice de la profession d’orthophoniste ou d’audiologiste ou, à défaut de l’existence d’un tel organisme, de l’organisme national représentatif jugé équivalent à l’endroit où vous exercez.

Le document doit attester que vous êtes membre en règle et que vous ne faites l’objet d’aucune mesure ou sanction de nature à limiter ou à suspendre votre droit de pratique. Votre classe de permis (exemples : actif, inactif, régulier, retraité, etc.) doit être précisée.

***DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE DÉCISIONS DISCIPLINAIRES OU JUDICIAIRES***

**Avez-vous déjà fait l’objet d’une décision d’un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d’une infraction disciplinaire ou criminelle ?**

(Répondez non si vous avez obtenu le pardon au sens de la Loi sur le casier judiciaire (L.R.C. 1985, C-47).

 Oui [ ]   Non [ ]

Si **oui**, Date du jugement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nature de l’infraction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No de dossier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peine imposée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cour :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ District : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **Je comprends qu’une fausse déclaration entraîne le rejet de ma demande et qu’une demande acceptée sous de fausses déclarations devient nulle.**

[ ]  **Je demande une autorisation spéciale à l’Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et j’atteste que les renseignements fournis sont exacts.**

**Signature\* :**  **date :**

\* Aux fins du présent formulaire, le fait pour le demandeur d’inscrire son nom ci-dessus équivaut à apposer sa signature.