



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DÉLIVRANCE  
D'UN PERMIS TEMPORAIRE DE L'ORDRE DES ORTHOPHONISTES  
ET AUDIOLOGISTES DU QUÉBEC**

**IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**LANGUE  
maternelle**

française

anglaise

autre

**LANGUE  
parlée**

française

anglaise

autre

**LANGUE  
de travail**

française

anglaise

autre

**Précisez :** \_\_\_\_\_

**SEXE :** masculin

féminin

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

année

mois

jour

**ADRESSE DE RÉSIDENCE :** \_\_\_\_\_

Rue

Ville

Province

Pays

Code postal

**TÉLÉPHONE :** (bureau)

(résidence)

**TÉLÉCOPIEUR :** (bureau)

(résidence)

**ADRESSE ÉLECTRONIQUE :** (bureau)

(résidence)

**PUBLICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je soussigné(e) refuse explicitement que les renseignements personnels que l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec détient à mon sujet soient utilisés à des fins de prospection commerciale ou philanthropique en rapport avec les ententes qu'elle établit au bénéfice des membres.

Signature :

Date :

**CITOYENNETÉ ET ASSURANCE SOCIALE**

**CITOYENNETÉ :**

**NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE :**

**INFRACTION DE NATURE CRIMINELLE OU DISCIPLINAIRE**

- Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ? OUI  NON

Si oui, fournir en annexe une copie certifiée conforme de la décision.

- Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue au Québec par le comité de discipline d'un ordre professionnel ou d'une décision disciplinaire rendue hors du Québec ?  
OUI  NON

Si oui, fournir en annexe une copie certifiée conforme de la décision.

**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 la délivrance d'un permis temporaire à l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et j'atteste que les renseignements fournis sont exacts.**

Signature :

Date :

**FORMATION**

UNIVERSITÉ	PAYS	DIPLÔME	DATE D'OBTENTION
------------	------	---------	------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si le diplôme en logopédie ou en orthophonie a été obtenu il y a plus de 5 ans, veuillez fournir les attestations de formation continue.

**COLLÈGE  
OU LYCÉE**

**DIPLÔME**

**DATE D'OBTENTION**

---

---

***PERMIS D'EXERCICE (AUTRE PAYS)***

**Europe**  - Pays :

**Autre**  - Précisez :

**Aucun**

***ETES-VOUS AUTORISÉ LÉGALEMENT À EXERCER L'ORTHOPHONIE HORS DU QUÉBEC?***

**NON**

**OUI**

**NUMÉRO DU PERMIS :**

**VALIDE DU**

**AU**

**NOM DE L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION**

***EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE EN ORTHOPHONIE S'IL Y A LIEU***

**NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR    DATE (DU/À) POSTE OCCUPÉ**

---

---

---

---

**TYPES DE CLIENTÈLES DESSERVIES  
DANS LE CADRE DE VOTRE EMPLOI ET SERVICES RENDUS :**

---

Aphasie  
Autisme et autres troubles envahissants du développement  
Bégaïement et troubles de la fluidité  
Communication non orale  
Déficience auditive  
Déficience intellectuelle  
Déficience motrice  
Dysarthrie  
Dyslexie  
Dysphagie  
Dysphasie/Audimutité  
Dyspraxie/Apraxie verbale  
Fissure palatine  
Formation de parents  
Implants cochléaires  
Laryngectomie  
Multi-handicap  
Retards et troubles du langage  
Trachéostomie  
Trauma cranio-cérébral  
Troubles auditifs centraux  
Troubles d'apprentissage  
Troubles d'articulation  
Troubles de la parole  
Troubles de la phonation  
Troubles psychiatriques  
Troubles de la résonance

**ÂGE DES CLIENTÈLES**

---

Préscolaire  
Scolaire  
Adolescent  
Adulte  
Gériatrie