**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 :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Sexe : Masculin** [ ]  **Féminin** [ ]  **Autre** [ ]

**Date de naissance**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***PRATIQUE***

**Orthophonie** [ ]  **Audiologie** [ ]

***COORDONNÉES***

**Adresse de résidence**

no rue, boul., avenue (précisez) app.

Ville Province Pays Code postal

**No de téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**No de cellulaire :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Adresse électronique :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***FORMATION***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Université** | **Pays** | **Diplôme** | **Date d’obtention** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

**Employeur actuel principal Public** [ ]  **Privé** [ ]  **Depuis** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Employeur 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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date prévue du début des activités au Québec : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Durée de l’autorisation recherchée : Choisissez un élément.

Personne (ou groupe de personnes) pour qui vous exercerez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Organisme (ou institution) où vous exercerez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fréquence et nature des activités professionnelles prévues (inclure le détail des activités impliquant des interventions professionnelles auprès de clients) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**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 :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Année depuis laquelle vous êtes membre de cet organisme**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Numéro de membre :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Valide du :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **au :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nature de l’infraction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

No de dossier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Peine imposée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Province/État : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Pays : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. District : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  **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.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature\*** **Date**

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