

***FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉINSCRIPTION***

***AU TABLEAU DES MEMBRES DE***

***L’ORDRE DES ORTHOPHONISTES ET AUDIOLOGISTES DU QUÉBEC***

***Date de réinscription désirée* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***IDENTIFICATION* No de permis de l’OOAQ**

**Nom**   **Prénom**

**Sexe : masculin [ ]  féminin [ ]**

**Date de naissance**

année mois jour

***PRATIQUE***

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

***LANGUES***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maternelle** | **Parlée** | **De pratique** |
| français **[ ]**  | français **[ ]**  | français **[ ]**  |
| anglais **[ ]**  | anglais **[ ]**  | anglais **[ ]**  |
| autre **[ ]**  | autre **[ ]**  | autre **[ ]**  |

**Si autre langue, précisez :**

***COORDONNÉES***

**Adresse de résidence**

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

 ville province code postal

**No de téléphone** **No de cellulaire** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse électronique**

***EMPLOYEURS***

**Dernier employeur public ( ) privé ( ) De** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **À** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 raison sociale poste occupé

 no rue, boul., avenue (précisez) bureau

 ville province code postal

**No de téléphone**

**Adresse électronique**

**Employeur antérieur public ( ) privé ( ) De** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **À** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 raison sociale poste occupé

 no rue, boul., avenue (précisez) bureau

 ville province code postal

**No de téléphone**

**Adresse électronique**

***DOMICILE PROFESSIONNEL***

Conformément à l’article 60 du Code des professions, vous devez obligatoirement élire un domicile professionnel. Il s’agit du lieu où vous travaillez principalement. Si vous ne travaillez pas, vous inscrivez le lieu de votre résidence. Le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. **domicile professionnel** [ ]  **résidence** [ ]

Veuillez noter que, pour tout changement de domicile professionnel, vous devez aviser le Secrétaire de l’Ordre par écrit dans les 30 jours. Ce dernier est responsable du tableau des membres.

***DÉCLARATION OBLIGATOIRE : DÉCISION OU POURSUITE***

1. Avez-vous déjà fait l’objet d’une **décision** d’un tribunal canadien vous **déclarant coupable** d’une infraction criminelle ou d’une **décision** d’un tribunal étranger vous **déclarant coupable** d’une infraction qui, si elle avait été commise au Canada, aurait pu faire l'objet d'une poursuite criminelle ? Oui [ ]   Non [ ]

 Si **oui**, veuillez nous faire parvenir une copie certifiée de cette décision judiciaire.

 Si vous avez obtenu le pardon, veuillez répondre non.

1. Avez-vous 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 de l’OOAQ à cette fin ? Oui [ ]  Non [ ]

 Si **oui**, veuillez nous faire parvenir une copie certifiée de cette décision.

1. Avez-vous faitl'objet d'une **décision** rendue hors Québec vous **déclarant coupable** d'une infraction qui, si elle avait été commise au Québec, aurait pu faire l'objet d'une poursuite pénale en vertu de l'article 188 ou d'une poursuite pénale en vertu d'une disposition d'une loi du Québec ou d'une loi fédérale identifiée au Code de déontologie de l’OOAQ à cette fin ? Oui [ ]  Non [ ]

 Si **oui**, veuillez nous faire parvenir une copie certifiée de cette décision.

1. Avez-vous déjà fait l’objetd’une **décision disciplinaire** rendue au Québec par le conseil de discipline d’un autre ordre ou par le Tribunal des professions en appel d’une décision de ce conseil et vous imposant la révocation d’un permis ou la radiation du tableau, y compris la radiation provisoire, ou une suspension du droit d’exercer les activités professionnelles ?

 Oui [ ]  Non [ ]

 Si **oui**, veuillez nous faire parvenir une copie certifiée de cette décision disciplinaire.

1. **Avez-vous fait l'objet** l’objet d’une **décision disciplinaire** rendue hors Québec qui, si elle avait été rendue au Québec, aurait eu l'effet d'une sanction imposant la révocation d’un permis ou la radiation du tableau, y compris la radiation provisoire, une limitation, y compris une limitation provisoire, ou une suspension du droit d’exercer les activités professionnelles ? Oui [ ]  Non [ ]

 Si **oui**, veuillez nous faire parvenir une copie certifiée de cette décision disciplinaire.

1. Faites-vous l’objet d’une **poursuite** pour une infraction punissable de cinq ans d’emprisonnement ou plus?

 Oui [ ] Non [ ]

NOTE IMPORTANTE : Advenant que l’une de ces éventualités se produise en cours d’année, vous êtes tenu, dans les 10 jours à compter du jour où vous en êtes vous-même informé, d’en aviser le secrétaire de l’Ordre.

***PRÉFÉRENCES DE COMMUNICATION***

***COMMUNICATIONS ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS***

En matière de protection des renseignements personnels, l’Ordre est assujetti aux dispositions du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), du Code civil du Québec, de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) et de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., c. P-39.1). De façon générale, les renseignements qui vous concernent et qui sont inscrits au tableau ont un caractère public et peuvent donc être communiqués à des tiers, sans autorisation de votre part, dans le cadre des activités de l’Ordre en matière de contrôle de l’exercice de la profession. D’autre part, dans les autres cas (activités philanthropiques et sociales, etc.), vous pouvez refuser que l’Ordre communique ces renseignements.

Je consens à recevoir les communications de l’OOAQ pouvant inclure des offres d’emploi, des activités de formation continue dispensées par des organismes externes ou des annonces de ses partenaires.

Oui **[ ]** Non **[ ]**

Je consens à recevoir de l’information des partenaires d’affaires de l’OOAQ à des fins de statistiques, de suivis ou de sollicitation pour proposer des biens et services offerts aux membres.

 Oui **[ ]** Non **[ ]**

Veuillez indiquer si vous désirez que **votre nom apparaisse** sur la liste d'envoi dans les cas particuliers suivants :

Publication d'un annuaire des membres dans le répertoire des documents sur le portail MAIA. Veuillez prendre note que seuls les membres de l’OOAQ ont accès à cette information.

Oui **[ ]** Non **[ ]**

Universités québécoises qui dispensent les formations en orthophonie et en audiologie aux fins d'assignation de lieux de stage et de communication d’événements universitaires.

Oui **[ ]** Non **[ ]**

**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 réinscription au tableau de l’Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et j’atteste que les renseignements fournis sont exacts.**

En foi de quoi, j’ai signé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date :

[ ]  Je demande la réinscription au tableau de l’Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et j’atteste que les renseignements fournis sont exacts.

Nom du membre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_

***ORDRES ET ASSOCIATIONS PROFESSIONNELS***

**Permis d’exercice en orthophonie ou en audiologie**

(obtenu à l’extérieur du Québec)

**aucun** [ ]  **Canada ­ province(s) :**

**États-Unis ­ État(s) :**  **étranger ­ pays :**

**Autre ordre professionnel ou association professionnelle**

(au Québec ou hors Québec)

**non** [ ]  **oui** [ ]  **si oui, précisez :**

**numéro de membre :**  **valide du :**   **au :**

**Veuillez compléter les pages suivantes seulement si vous demandez votre réinscription au tableau à défaut d’y avoir été inscrit pendant plus de 5 ans.**

1. **PROFIL PROFESSIONNEL**

Décrivez ci-après, attestations à l’appui, votre expérience professionnelle (rémunérée ou bénévole) depuis l’obtention de votre permis. Assurez-vous d’indiquer les types de clientèles (âge, problématiques rencontrées et temps consacré auprès de ces clientèles), les fonctions occupées et les tâches demandées, la durée de l’emploi, l’implication auprès d’associations professionnelles, etc.

N.B. Il s’agit d’exposer, de façon détaillée, votre profil de compétences.

**Expérience professionnelle** (rémunérée **R** ou bénévole **B**) depuis l’obtention de votre permis.

Les données en italiques peuvent vous servir d’exemple.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **R****ou****B** | **Endroit de l’activité, dates de début et de fin d’entrée en fonction et nombre d’heures par semaine à cet endroit** | **Âge(s) et problématiques****de la clientèle** | **Tâches accomplies** | **Proportion du temps consacré à chaque clientèle/tâche** |
| *R* | *Centre de santé X**Du 8 janvier 2010 au 30 juin 2014**21 heures par semaine* | *Enfants de 1 à 6 ans ayant un profil d’autisme ou de trisomie 21 (autisme 40%, trisomie 60%)* | *Évaluation et rééducation directe des enfants, guidance des parents, consultations multidisciplinaires de planification de l’intervention* | *Évaluation 20%**Rééducation 40%**Guidance parentale 30%**Consultation multidisciplinaire 10%* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Identifiez les cinq principaux apprentissages que vous avez réalisés** à travers vos activités professionnelles.

Les données en italiques peuvent vous servir d’exemple.

|  |  |
| --- | --- |
| **Activités ayant permis de****réaliser l’apprentissage** | **Apprentissages réalisés** |
| *Réalisation de tableaux de communication dynamiques avec l’application GoTalk Now en collaboration avec l’ergothérapeute de l’équipe pour des enfants dysarthriques sévères présentant des limitations motrices.* | *J’ai appris à utiliser l’application GoTalk Now et à sélectionner le vocabulaire en utilisant le concept des cercles de partenaires de communication avec les familles. La collaboration avec l’ergothérapeute m’a également permis de me familiariser avec les équipements et les adaptations pour faciliter l’accès sur le plan moteur.* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **FORMATION CONTINUE**

Inscrivez vos activités de formation continue pour les cinq (5) dernières années. Les membres du comité d’admission feront une analyse qualitative de vos activités. Veuillez fournir une attestation de participation pour chaque activité.

Les données en italiques peuvent vous servir d’exemple.

| **Date** | **Durée** | **Titre de la formation et****description sommaire** | **Notions couvertes** | **Nom des formateurs et organisme dispensateur** | **Impacts sur la pratique** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *24 mars 2015* | 2h30 | *Pratique professionnelle au Québec module 4 - Tenue des dossiers et des bureaux**Formation en ligne qui vise à outiller le participant à comprendre les fondements sous-jacents au "Règlement sur les dossiers et la tenue des bureaux des membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec" afin de lui permettre de concilier ses obligations professionnelles avec les exigences des divers milieux de travail soumis également à diverses lois et règlements.* | *Notion de dossier**Contenu du dossier**Accessibilité à l’information**Rapports**Confidentialité**Équipements**Pratique privée**Cessation* | *Francine Bédard et Catherine Sabourin, conseillères aux affaires professionnelles, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.* | *J’ai revu ma façon de tenir les dossiers. Plus spécifiquement, j’ai réalisé un canevas pour l’identification des clients et pour la synthèse relative à l’évaluation en respectant les éléments obligatoires.**J’ai également fait les démarches pour me trouver un cessionnaire pour ma pratique privée.* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Quels étaient les **objectifs** motivant les choix de votre programme de formation continue ?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **COMPÉTENCES**

**En vous appuyant sur le** [**Profil de compétences nationales pour l’orthophonie**](http://www.ooaq.qc.ca/Envoi_aux_membres/2018-documents/Profil-de-competences-nationales-pour-lorthophonie.pdf) **ou sur le** [**Profil de compétences nationales pour l’audiologie,**](http://www.ooaq.qc.ca/Envoi_aux_membres/2018-documents/Profil-de-competences-nationales-pour-laudiologie.pdf) **décrivez comment s’actualisent vos compétences dans votre pratique (maximum 3 pages).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Compétences** | **Comment s’actualise cette compétence dans votre pratique** |
| Rôle d’expert |  |
| Rôle de communicateur |  |
| Rôle de collaborateur |  |
| Rôle de défenseur |  |
| Rôle d’érudit |  |
| Rôle de gestionnaire |  |
| Rôle de professionnel |  |

1. **REMARQUES**

**Veuillez indiquer tout autre commentaire ou information que vous jugez utile pour l’analyse de votre dossier.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |