



Formulaire d'adhésion ou de modification Service de référence en privé - site Web OOAQ Membres exerçant en privé - Orthophonie

Nom du membre : _____ No de permis : _____

Paiement effectué pour l'assurance responsabilité professionnelle pour la pratique privée : Oui Non

Affichage de mes coordonnées sur le site Web

- Je souhaite m'inscrire.
 Je suis inscrite ou inscrit, mais je souhaite modifier mes renseignements.

Libellé à afficher sur le site Web

Prénom et nom de l'orthophoniste : _____

Raison sociale : _____

N° et Rue : _____ Bureau : _____ Ville : _____

Province : _____ Région : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____ Télécopieur : () _____

Adresse électronique : _____ Site Internet : _____

Services particuliers dispensés par la ou le membre

Domaines de pratique

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ajustement de voix | <input type="checkbox"/> Maladie neuro-dégénérative/Trouble cognitivo-communicatif | <input type="checkbox"/> Formation d'intervenants |
| <input type="checkbox"/> Aphasie | <input type="checkbox"/> Mutisme sélectif | <input type="checkbox"/> Intervention/réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Apraxie | <input type="checkbox"/> Paralyse faciale | <input type="checkbox"/> Programmes de prévention – sensibilisation |
| <input type="checkbox"/> Bégaiement et troubles de fluidité | <input type="checkbox"/> Réduction d'accent | <input type="checkbox"/> Télépratique |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | <input type="checkbox"/> Suppléance à la communication | <input type="checkbox"/> Visites dans le milieu scolaire |
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Trachéotomie | <input type="checkbox"/> Visites dans le milieu de vie |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | <input type="checkbox"/> Trauma cérébrocranien | |
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Troubles d'articulation | |
| <input type="checkbox"/> Difficultés de langage | <input type="checkbox"/> Trouble de la communication sociale | |
| <input type="checkbox"/> Dysarthrie | <input type="checkbox"/> Troubles de la voix | |
| <input type="checkbox"/> Dyslexie/Trouble de lecture | <input type="checkbox"/> Troubles de la résonance | |
| <input type="checkbox"/> Dysorthographe/Trouble d'expression écrite | <input type="checkbox"/> Trouble développemental du langage (Dysphasie/Trouble primaire du langage) | |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Trouble du raisonnement logico-mathématique | |
| <input type="checkbox"/> Dyspraxie verbale/Trouble de développement des sons de la parole | <input type="checkbox"/> Troubles du spectre de l'autisme (TSA) | |
| <input type="checkbox"/> Fissure palatine/Malformation orofaciale | <input type="checkbox"/> Trouble orofacial myofonctionnel (Déglutition atypique) | |

Langue(s) de pratique

- Français
 Anglais
 L.S.Q. ou A.S.L.
 Autre(s) : _____

Clientèle(s)

- 0-12 mois
 1-3 ans
 4-5 ans
 6-12 ans
 13-17 ans
 18-25 ans
 26-64 ans
 65 ans et +
 Tous âges

Types de service

- Adaptation de l'environnement, postes de travail, aménagement acoustique, etc.
 Évaluation
 Expertise/conseil
 Formation de parents/proches

Tout membre qui cesse sa pratique en privé doit s'assurer de respecter les dispositions prévues aux articles 9 et 10 du Règlement sur les dossiers et la tenue des bureaux des membres de l'OOAQ ainsi que l'article 26 et la section VII du Code de déontologie en s'assurant d'être rejoinable pour une demande d'accès. Veuillez noter que, pour tout changement de domicile professionnel, vous avez 30 jours pour aviser la Secrétaire de l'Ordre.

Signature

Date

Veuillez envoyer ce formulaire à l'adresse suivante : info@ooaq.qc.ca