



## 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"/> Aphasie  | <input type="checkbox"/> Mutisme sélectif   |
| <input type="checkbox"/> Apraxie  | <input type="checkbox"/> Réduction d'accent   |
| <input type="checkbox"/> Bégaiement et troubles de fluidité                               | <input type="checkbox"/> Suppléance à la communication  |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive  | <input type="checkbox"/> Trachéotomie   |
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle  | <input type="checkbox"/> Trauma cérébrocranien  |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice   | <input type="checkbox"/> Troubles d'articulation  |
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage                                      | <input type="checkbox"/> Trouble de la communication sociale  |
| <input type="checkbox"/> Difficultés de langage   | <input type="checkbox"/> Troubles de la voix  |
| <input type="checkbox"/> Dysarthrie   | <input type="checkbox"/> Troubles de la résonance   |
| <input type="checkbox"/> Dyslexie/Trouble de lecture                                      | <input type="checkbox"/> Trouble développemental du langage (Dysphasie/Trouble primaire du langage) |
| <input type="checkbox"/> Dysorthographe/Trouble d'expression écrite                       | <input type="checkbox"/> Trouble du raisonnement logico-mathématique                                |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie  | <input type="checkbox"/> Troubles du spectre de l'autisme (TSA)                                     |
| <input type="checkbox"/> Dyspraxie verbale/Trouble de développement des sons de la parole | <input type="checkbox"/> Trouble orofacial myofonctionnel (Déglutition atypique)                    |
| <input type="checkbox"/> Fissure palatine/Malformation orofaciale                         |   |
| <input type="checkbox"/> Fonctions exécutives   |   |
| <input type="checkbox"/> Harmonisation Vocale / Féminisation / Masculinisation            |   |
| <input type="checkbox"/> Implants cochléaires   |   |
| <input type="checkbox"/> Laryngectomie  |   |
| <input type="checkbox"/> Lecture labiale  |   |

#### Types de service

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

- Formation d'intervenants  
 Intervention/réadaptation  
 Programmes de prévention – sensibilisation  
 Télépratique  
 Visites dans le milieu scolaire  
 Visites dans le milieu de vie

#### 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

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 rejoignable 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](mailto:info@ooaq.qc.ca)