

# Formulaire d'inscription au répertoire des ergothérapeutes du secteur privé

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom			
Prénom			
Adresse (N°, rue, bureau ou étage)			
Ville			
Province		Code postal	
Téléphone		Poste	
Numéro de permis			
Nom de l'entreprise (N'inscrivez rien si vous n'avez pas de nom d'entreprise.)			

## SERVICES OFFERTS (Ne cochez que les services que vous offrez personnellement.)

### SANTÉ MENTALE

- 01 Évaluation / entraînement des capacités de travail
- 02 Évaluation / entraînement des capacités fonctionnelles / autonomie
- 03 Évaluation / traitement : personnes atteintes de troubles anxieux
- 04 Évaluation / traitement : personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie)
- 05 Évaluation / traitement : personnes atteintes de troubles du développement psychomoteur (troubles d'apprentissage, TDAH, TED, autisme...)
- 06 Évaluation / traitement : personnes atteintes de troubles psychotiques
- 07 Évaluation des besoins : assistance personnelle
- 08 Évaluation des capacités à conduire un véhicule automobile
- 09 Expertise (légale, curatelle, assurances...)
- 10 Intégration préscolaire et scolaire
- 11 Psychothérapie (détenteurs d'un permis de psychothérapeute seulement)

### SANTÉ PHYSIQUE

- 12 Conception et fabrication d'orthèses
- 13 Évaluation / adaptation : domicile
- 14 Évaluation / adaptation : poste de travail
- 15 Évaluation / adaptation : véhicule automobile
- 16 Évaluation / entraînement : capacités de travail
- 17 Évaluation / entraînement : capacités fonctionnelles / autonomie
- 18 Évaluation / traitement : affections de la main / du membre supérieur
- 19 Évaluation / traitement : personnes atteintes de troubles de l'alimentation (dysphagie)
- 20 Évaluation / traitement : personnes atteintes de troubles du développement psychomoteur (retard de développement, déficience intellectuelle...)
- 21 Évaluation / traitement : personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques et associés
- 22 Évaluation / traitement : personnes atteintes de troubles neurologiques et associés
- 23 Évaluation des besoins : aides techniques / équipement spécialisé
- 24 Évaluation des besoins : assistance personnelle
- 25 Évaluation des capacités à conduire un véhicule automobile
- 26 Expertise (légale, curatelle, assurances...)
- 27 Intégration préscolaire et scolaire

**CLIENTÈLES** (Cochez les clientèles visées par vos services.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Petite enfance (0-4 ans) | <input type="checkbox"/> 03 Adultes (18-64 ans)              |
| <input type="checkbox"/> 02 Jeunes (5-17 ans)        | <input type="checkbox"/> 04 Personnes âgées (65 ans et plus) |

**RÉGIONS**

Ma place d'affaires se situe dans la région administrative n°

Je désire m'inscrire également dans les régions suivantes :  
(Cochez les régions désirées.)

- 01 Bas-Saint-Laurent
- 02 Saguenay – Lac-Saint-Jean
- 03 Québec
- 04 Mauricie
- 05 Estrie
- 06 Montréal
- 07 Outaouais
- 08 Abitibi – Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudière – Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Centre-du-Québec

Les renseignements recueillis par le présent formulaire sont nécessaires à l'objet du dossier, à savoir **l'inscription au répertoire de pratique privée de l'OEQ**, et ne seront utilisés qu'aux fins pertinentes à cet objet. Ils seront accessibles au public sur le site Web de l'Ordre.

Ces renseignements seront insérés dans un dossier détenu au siège social de l'Ordre. Tout membre peut avoir accès à son dossier et y faire rectifier des renseignements. Pour ce faire, prière de faire parvenir au secrétaire de l'Ordre une demande écrite en ce sens.

J'autorise l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à rendre accessibles au public par l'entremise de son site Web les renseignements fournis sur le présent formulaire pour une période de un an à compter de la date de saisie des données dans le site Web.

J'accepte les conditions et modalités d'inscription publiées dans le site Web de l'Ordre et j'atteste la véracité de l'information fournie.

J'ai les compétences requises pour offrir personnellement les services indiqués ci-haut.

Signature de l'ergothérapeute \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Retournez le formulaire dûment rempli et accompagné de votre chèque à l'adresse suivante :

Ordre des ergothérapeutes du Québec  
2021, avenue Union, bureau 920  
Montréal (Québec) H3A 2S9