

▲ DÉCLARATION MODIFICATIVE

Modifications en cours d'année



Veillez remplir la présente « Déclaration modificative » si, **en cours d'année** (entre le 1^{er} avril et le 31 mars), la société visée à la section 2 **a fait l'objet de modifications** qui ont un impact sur les informations fournies sur votre dernière déclaration (initiale, annuelle ou modificative, le cas échéant). Veuillez remplir :

- ▲ **les sections 1, 2 et 6** (qu'elles aient subies des modifications ou non) ; et
- ▲ **toute autre section et annexe ayant subi des modifications** depuis votre dernière déclaration (initiale, annuelle ou modificative, le cas échéant).

Il n'est pas nécessaire de remplir les sections qui n'ont pas été l'objet de modification.

1. IDENTIFICATION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE RÉPONDANT (OBLIGATOIRE)

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Numéro de permis de l'OEQ : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Statut au sein de la société : Associé (société en nom collectif à responsabilité limitée)
 Administrateur et actionnaire (société par actions)

2. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ ET FORME JURIDIQUE (OBLIGATOIRE)

Nom ou dénomination sociale : _____

Autres noms utilisés (le cas échéant) : _____

Numéro d'entreprise au Québec (NEQ) émis par le Registraire des entreprises : _____

Forme juridique : SPA (société par actions)
 SENCRL (société en nom collectif à responsabilité limitée)

2.1 Adresse du siège social (SPA) ou du principal établissement (SENCRL) de la société

Adresse : _____

Ville, province et pays : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

2.2 Informations concernant les autres établissements ou points de service de la société au Québec, le cas échéant

Si la société comporte plus d'un établissement ou point de service au Québec, veuillez remplir l'Annexe A.

3. RÉPARTITION DES DROITS DE VOTE

Veillez indiquer le pourcentage des **droits de vote** (rattachés aux actions ou parts sociales de la société) détenus par une ou des personnes ou entités suivantes :

Note : Il importe de préciser qu'il ne faut pas ici inscrire le pourcentage d'actions ou de parts sociales détenues par tous les actionnaires ou associés de la société, mais bien uniquement les informations concernant **la répartition des droits de vote** (actions ou parts sociales votantes).

	% de droits de vote
a) Ergothérapeute(s) membre(s) de l'OEQ <i>(Veillez remplir l'Annexe B)</i>	_____ %
b) Membre(s) d'un ordre professionnel du secteur de la santé et des services sociaux régi par le Code des professions (autre qu'un ergothérapeute) : <i>(Veillez remplir l'Annexe C)</i>	_____ %
c) Membre(s) d'un organisme de réglementation du secteur de la santé et des services sociaux au Canada (hors Québec) : <i>(Veillez remplir l'Annexe D)</i>	_____ %
d) Société(s) par actions dont 100 % des droits de vote rattachés aux actions sont détenus par au moins une des personnes mentionnée aux points a), b) ou c) ci-dessus <i>(Veillez remplir l'Annexe E)</i>	_____ %
e) Une fiducie dont tous les fiduciaires sont des personnes mentionnées aux points a), b) ou c) ci-dessus <i>(Veillez remplir l'Annexe F)</i>	_____ %
f) Autres	_____ %

4. ERGOTHÉRAPEUTES ACTIONNAIRES OU ASSOCIÉS SANS DROIT DE VOTE

Veillez indiquer à **l'Annexe G** le nom et le numéro de permis de tous les **ergothérapeutes membres de l'OEQ** qui exercent leur profession au sein de la société identifiée à la section 2 **à titre d'actionnaire ou d'associé** mais qui ne détiennent **aucun droit de vote** (actions ou parts sociales non votantes), le cas échéant.

5. ADMINISTRATEURS DE LA SOCIÉTÉ

Combien d'administrateurs siègent sur le conseil d'administration de la société ? _____

De ce nombre, veuillez indiquer combien sont des :

a) Ergothérapeute(s) membre(s) de l'OEQ <i>(Veillez remplir l'Annexe H)</i>	_____
b) Membre(s) d'un ordre professionnel du secteur de la santé et des services sociaux régi par le Code des professions (autre qu'un ergothérapeute) : <i>(Veillez remplir l'Annexe H)</i>	_____
c) Membre(s) d'un organisme de réglementation du secteur de la santé et des services sociaux au Canada (hors Québec) : <i>(Veillez remplir l'Annexe H)</i>	_____
d) Autres	_____

6. ATTESTATIONS ET ENGAGEMENTS DE LA SOCIÉTÉ (OBLIGATOIRE)

Je, soussigné(e) _____, membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec identifié(e) à la section 1, déclare que :

- Je suis dument autorisé(e) à remplir la présente déclaration et à formuler des engagements pour et au nom de la société identifiée à la section 2 ;
- La détention des actions ou parts sociales et les règles d'administration de la société respectent en tout point les conditions prévues au *Règlement sur l'exercice de la profession d'ergothérapeute en société* ;
- Les conditions prévues à l'article 1 du *Règlement sur l'exercice de la profession d'ergothérapeute en société* sont inscrites aux statuts de la SPA ou stipulées au contrat de la SENCRL, le cas échéant, et il y est aussi prévu que la société est constituée aux fins d'exercer des activités professionnelles.
- Les statuts constitutifs de la SPA ou le contrat constituant la SENCRL prévoient des modalités de transmission des actions ou parts sociales, advenant le décès, l'invalidité, la radiation ou la faillite d'une des personnes visées à l'article 1 (1^o) a) du *Règlement sur l'exercice de la profession d'ergothérapeute en société* ;
- La société fait l'objet d'une garantie conforme à la section 3 du *Règlement sur l'exercice de la profession d'ergothérapeute en société* et aux dispositions pertinentes du *Code des professions* ;
- La société s'engage de manière irrévocable à donner, sur demande, à toute personne, tout comité ou toute instance disciplinaire ou tribunal visé à l'article 192 du *Code des professions*, communication de tout document ou copie de document mentionné à l'article 8 du *Règlement sur l'exercice de la profession d'ergothérapeute en société*.
- À titre de répondant :
 - je suis désigné pour répondre aux demandes formulées par l'Ordre et pour fournir, le cas échéant, les documents requis et je m'engage à donner suite à toute demande en ce sens dans les meilleurs délais ;
 - je m'engage à mettre à jour et à fournir à l'Ordre, avant le 31 mars de chaque année, la présente déclaration accompagnée des frais prescrits ;
 - je m'engage à informer l'Ordre sans délai de toute modification à la garantie prévue à la section 3 du *Règlement sur l'exercice de la profession d'ergothérapeute en société* ou aux informations transmises dans la présente déclaration qui aurait pour effet d'affecter le respect des conditions prévues audit règlement ;
 - je m'engage à informer l'Ordre sans délai du nom de la personne qui agira à titre de répondant à ma place advenant le cas où je ne puisse plus assumer ce rôle en raison de mon départ de la société ou pour toute autre raison.

Je déclare solennellement que les renseignements fournis dans la présente déclaration sont exacts.

Signature : _____ Date : _____

7. DOCUMENTS À TRANSMETTRE ET PAIEMENT

La présente déclaration dûment complétée doit être transmise à l'adresse suivante :

Ordre des ergothérapeutes du Québec
a/s Me Caroline Fortier
2021, avenue Union, bureau 920
Montréal (Québec) H3A 2S9

Si la modification apportée touche la couverture d'assurance de la société, veuillez joindre à la présente :

- Un document écrit d'une autorité compétente (compagnie d'assurance) **attestant que la société fait l'objet d'une garantie** conforme à la section 3 du *Règlement sur l'exercice en société des ergothérapeutes en vigueur du 1^{er} avril au 31 mars* de l'année de référence (ne pas envoyer le contrat d'assurance).

Cette preuve d'assurance n'est pas requise si **tous** les ergothérapeutes qui exercent au sein de la société visée à la section 2 souscrivent au régime d'assurance responsabilité professionnel offert par l'Ordre (lequel est obligatoire pour tous les membres, sauf ceux qui exercent exclusivement à l'extérieur du Québec) puisque la société est couverte par le régime offert par l'Ordre.

Les renseignements recueillis par la présente déclaration sont nécessaires à l'exercice des attributions de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Ils sont recueillis à des fins de contrôle de l'exercice de la profession, de protection du public et de statistiques. Ils seront accessibles au personnel autorisé de l'Ordre ainsi qu'à toute autre personne autorisée à les recevoir en vertu de la loi. Tout ergothérapeute qui souhaite exercer sa profession au sein d'une SPA ou d'une SENCRL a l'obligation de compléter intégralement le présent formulaire et les annexes pertinentes, à défaut de quoi l'autorisation d'exercer en société lui sera retirée. Toute personne peut avoir accès à son dossier et y faire rectifier des renseignements. Pour ce faire, veuillez faire parvenir une demande écrite en ce sens à Me Caroline Fortier (fortierc@oeq.org).

AUTRES ÉTABLISSEMENTS OU PLACES D’AFFAIRES DE LA SOCIÉTÉ AU QUÉBEC

Si la société comporte **plus d’un établissement ou point de service** au Québec, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées de ces derniers (photocopier la présente feuille au besoin).

Nom ou dénomination sociale : _____

Adresse : _____

Ville, province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom ou dénomination sociale : _____

Adresse : _____

Ville, province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom ou dénomination sociale : _____

Adresse : _____

Ville, province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom ou dénomination sociale : _____

Adresse : _____

Ville, province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

ANNEXE C

DÉTENTEURS DE DROITS DE VOTE – MEMBRES D'UN ORDRE PROFESSIONNEL DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX RÉGI PAR LE CODE DES PROFESSIONS

Veillez indiquer le nom, le numéro de permis et l'Ordre de **chaque professionnel du secteur de la santé et des services sociaux québécois** (autre qu'un ergothérapeute) **qui détient des droits de vote rattachés aux actions ou parts sociales de la société** de même que le **pourcentage** que ces droits de vote représentent par rapport à l'ensemble des droits de vote de la société (photocopier la présente feuille au besoin).

Il importe de préciser qu'il ne faut pas ici inscrire le nom de tous les actionnaires ou associés de la société mais bien uniquement les informations concernant les actionnaires ou associés **détenant des droits de vote** (actions ou parts sociales votantes).

Le total des pourcentages indiqués ci-dessous doit correspondre au pourcentage indiqué à la **section 3 b)** de la Déclaration.

Nom : _____

Nom de l'ordre professionnel : _____

Numéro de permis : _____ % de droits de vote détenus : _____

Nom : _____

Nom de l'ordre professionnel : _____

Numéro de permis : _____ % de droits de vote détenus : _____

Nom : _____

Nom de l'ordre professionnel : _____

Numéro de permis : _____ % de droits de vote détenus : _____

Nom : _____

Nom de l'ordre professionnel : _____

Numéro de permis : _____ % de droits de vote détenus : _____

ANNEXE D

DÉTENTEURS DE DROITS DE VOTE – MEMBRES D'UN ORGANISME DE RÉGLEMENTATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU CANADA

Veillez indiquer le nom, le numéro de permis et l'organisme de réglementation de **chaque professionnel du secteur de la santé et des services sociaux canadien (hors Québec) qui détient des droits de vote rattachés aux actions ou parts sociales de la société** de même que le **pourcentage** que ces droits de vote représentent par rapport à l'ensemble des droits de vote de la société (photocopier la présente feuille au besoin).

Il importe de préciser qu'il ne faut pas ici inscrire le nom de tous les actionnaires ou associés de la société mais bien uniquement les informations concernant les actionnaires ou associés **détenant des droits de vote** (actions ou parts sociales votantes).

Le total des pourcentages indiqués ci-dessous doit correspondre au pourcentage indiqué à la **section 3 c)** de la Déclaration.

Nom : _____

Nom de l'organisme de réglementation : _____

Numéro de permis : _____ % de droits de vote détenus : _____

Nom : _____

Nom de l'organisme de réglementation : _____

Numéro de permis : _____ % de droits de vote détenus : _____

Nom : _____

Nom de l'organisme de réglementation : _____

Numéro de permis : _____ % de droits de vote détenus : _____

Nom : _____

Nom de l'organisme de réglementation : _____

Numéro de permis : _____ % de droits de vote détenus : _____

ANNEXE E

DÉTENTEURS DE DROITS DE VOTE – SOCIÉTÉ PAR ACTIONS DONT 100 % DES DROITS DE VOTE RATTACHÉS AUX ACTIONS SONT DÉTENUS PAR AU MOINS UNE PERSONNE ÉNUMÉRÉE À L'ARTICLE 1 (1^o) a) DU RÈGLEMENT

Veillez indiquer le nom et les coordonnées de **chaque société par actions** (dont 100 % des droits de vote sont détenus par un ergothérapeute membre de l'OEQ, un professionnel de la santé et des services sociaux régit par le Code des professions ou des professionnels de la santé et des services sociaux régit par un organisme de réglementation canadien) **qui détient des droits de vote rattachés aux actions ou parts sociales de la société** identifiée à la section 2 de la Déclaration, de même que le **pourcentage** que ces droits de vote représentent par rapport à l'ensemble des droits de vote de la société (photocopier la présente feuille au besoin).

Le total des pourcentages indiqués ci-dessous doit correspondre au pourcentage indiqué à la **section 3 d)** de la Déclaration.

Veillez également indiquer les informations requises concernant **les actionnaires** de chaque société par actions visée par la présente annexe.

Nom de la société par actions : _____

Adresse : _____

Numéro d'entreprise : _____

% de droits de vote détenus par cette société dans la société identifiée à la section 2 de la Déclaration : _____

Information concernant les détenteurs de 100 % des droits de vote de cette société :

Nom	Numéro de permis	Nom de l'ordre ou de l'organisme de réglementation
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ADMINISTRATEURS DE LA SOCIÉTÉ

Veillez indiquer le nom de **chaque administrateur de la société** de même que l'ordre ou le regroupement professionnel auquel il appartient, le cas échéant, et son numéro de permis (photocopier la présente feuille au besoin) :

Nom : _____

Nom de l'ordre ou du regroupement professionnel auquel cette personne appartient, le cas échéant :

No de permis : _____

Nom : _____

Nom de l'ordre ou du regroupement professionnel auquel cette personne appartient, le cas échéant :

No de permis : _____

Nom : _____

Nom de l'ordre ou du regroupement professionnel auquel cette personne appartient, le cas échéant :

No de permis : _____

Nom : _____

Nom de l'ordre ou du regroupement professionnel auquel cette personne appartient, le cas échéant :

No de permis : _____

