

# ▲ DÉCLARATION ANNUELLE 2023-2024

## Avec modifications



Veillez remplir la présente « **Déclaration annuelle – Avec modifications** » si 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 **toutes les sections** de la présente déclaration en fonction de la **situation actuelle** de la société, en prenant bien soin de **cocher les sections et annexes qui ont subies des modifications** depuis votre dernière déclaration (initiale, annuelle ou modificative, le cas échéant), afin d'en faciliter le repérage.

Si la société n'a fait l'objet **d'aucune modification**, veuillez remplir la « **Déclaration annuelle - Sans modification** » disponible sur le site Web de l'Ordre.

## 1. IDENTIFICATION DE L'ERGOTHÉRAPEUTE RÉPONDANT

SECTION MODIFIÉE

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

SECTION MODIFIÉE

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

SECTION MODIFIÉE

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

SECTION MODIFIÉE

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

SECTION MODIFIÉE

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) <b>Ergothérapeute(s)</b> membre(s) de l'OEQ ..... <i>(Veillez remplir l'Annexe B)</i>	_____ %
b) <b>Membre(s) d'un ordre professionnel</b> 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) <b>Membre(s) d'un organisme de réglementation</b> du secteur de la santé et des services sociaux au Canada (hors Québec) : ..... <i>(Veillez remplir l'Annexe D)</i>	_____ %
d) <b>Société(s) par actions</b> 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 <b>fiducie</b> dont tous les fiduciaires sont des personnes mentionnées aux points a), b) ou c) ci-dessus ..... <i>(Veillez remplir l'Annexe F)</i>	_____ %
f) <b>Autres</b> .....	_____ %

### 4. ERGOTHÉRAPEUTES ACTIONNAIRES OU ASSOCIÉS SANS DROIT DE VOTE

SECTION MODIFIÉE

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

SECTION MODIFIÉE

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

De ce nombre, veuillez indiquer combien sont des :

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

## 6. ATTESTATIONS ET ENGAGEMENTS DE LA SOCIÉTÉ

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<sup>o</sup>) 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. PAIEMENT

Votre Déclaration annuelle doit être accompagnée d'un paiement au montant de **57,49\$** (soit 50,00\$ + TPS : 2,50\$ et TVQ : 4,99\$). Ce paiement peut être effectué :

- par **chèque** (titré à l'ordre de *Ordre des ergothérapeutes du Québec*) – merci d'indiquer votre **numéro de membre** au bas de votre chèque
- par **virement/paiement bancaire** (à ne pas confondre avec un virement *Interac*) (à *Ordre des ergothérapeutes du Québec*) – merci d'indiquer votre **numéro de membre SANS tiret** comme numéro de référence.

Afin de faciliter le traitement de votre dossier, l'Ordre vous invite fortement à effectuer votre paiement par **virement/paiement bancaire**, lorsque possible.

## 8. TRANSMISSION DE LA DÉCLARATION ET DU PAIEMENT À L'ORDRE

Le mode de transmission dépendra du mode de paiement choisi, tel qu'il appert du tableau ci-dessous :

MODE DE PAIEMENT CHOISI	MODE DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS
<b>Chèque</b> (inscrire votre numéro de membre au bas du chèque)	Transmettre <b>par la poste</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>■ formulaire de Déclaration annuelle; et</li><li>■ chèque</li></ul> à : Ordre des ergothérapeutes du Québec a/s M <sup>e</sup> Caroline Fortier 2021 avenue Union, bureau 920, Montréal (Québec) H3A 2S9
<b>Virement/paiement bancaire</b> <b>(à privilégier)</b> (inscrire votre numéro de membre SANS tiret comme numéro de référence)	Transmettre <b>par courriel</b> à <a href="mailto:fortierc@oeq.org">fortierc@oeq.org</a> : <ul style="list-style-type: none"><li>■ formulaire de Déclaration annuelle; et</li><li>■ date à laquelle le virement/paiement bancaire a été effectué</li></ul>

*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](mailto: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 : \_\_\_\_\_

---



**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 : \_\_\_\_\_

---

**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 : \_\_\_\_\_

---



## 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<sup>o</sup>) 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 : \_\_\_\_\_

---

