

### Renseignements généraux

Nom :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Prénom :	
Adresse (No, rue, appartement) :	
Ville :	Province/État :
Pays :	Code postal :
Téléphone (domicile) :	(Autre) :
Courriel :	Date de naissance :

### Formation professionnelle en ergothérapie

#### Diplômes pertinents à l'ergothérapie

Nom du diplôme :	
Programme :	
Université :	
Ville :	Pays :
Année d'obtention :	
Nom du diplôme :	
Programme :	
Université :	
Ville :	Pays :
Année d'obtention :	

### Appartenance à un ordre professionnel ou à un organisme de réglementation

#### De quel(s) ordre(s) professionnel(s), organisme(s) de réglementation ou organisme national représentatif de la profession êtes-vous actuellement membre ? Depuis quand ?

Nom de l'ordre professionnel, de l'organisme de réglementation ou de l'organisme national représentatif de la profession :	
Numéro de permis d'exercice :	Année depuis laquelle vous êtes membre de cet organisme :
Nom de l'ordre professionnel, de l'organisme de réglementation ou de l'organisme national représentatif de la profession :	
Numéro de permis d'exercice :	Année depuis laquelle vous êtes membre de cet organisme :

- Vous devez faire remplir le formulaire « Autorisation à communiquer des renseignements », par chacun des organismes de réglementation visés.
- Vous devez fournir une preuve d'assurance responsabilité professionnelle  
La personne qui fait la demande d'autorisation spéciale a l'obligation de prouver qu'elle bénéficie pour toute la durée de sa télépratique au Québec d'une couverture d'assurance responsabilité professionnelle remplissant les exigences définies au *Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des ergothérapeutes*. Code des professions (L.R.Q., c.C -26, a 93, par. d).

## Obligation de déclaration des décisions disciplinaires ou judiciaires

### Décisions disciplinaires

Avez-vous fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un ordre professionnel (autre que l'OEQ) ou d'un organisme professionnel équivalent dans une autre province ou à l'étranger vous imposant une sanction ?

Oui  Non

Si vous avez coché «Oui», remplissez le «**Formulaire de déclaration d'une décision disciplinaire**» et retournez-le avec votre formulaire d'inscription, accompagnée d'une copie certifiée conforme de la décision disciplinaire.

### Décisions judiciaires

Avez-vous déjà fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ?

Oui  Non

Si vous avez coché «Oui», remplissez le «**Formulaire de déclaration d'une condamnation criminelle**» et retournez-le avec votre formulaire d'inscription, accompagnée d'une copie certifiée conforme de la décision judiciaire.

### Déclaration d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus

Avez-vous déjà fait l'objet d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus ?

Oui  Non

Si vous avez coché «Oui», remplissez le «**Formulaire de déclaration - Poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus**», et retournez-la accompagnée de l'acte d'accusation ou de la sommation.

### Décisions pénales

Avez-vous fait l'objet d'une décision rendue au Québec vous déclarant coupable d'une infraction visée à l'article 188 du Code des professions ?

Oui  Non

Si vous avez coché «Oui», remplissez le «**Formulaire de déclaration d'une décision pénale**» et retournez-le avec votre formulaire d'inscription, accompagnée d'une copie certifiée conforme de la décision.

Avez-vous fait l'objet d'une décision rendue hors Québec vous déclarant coupable d'une infraction qui, si elle avait été commise au Québec, aurait pu faire l'objet d'une poursuite pénale en vertu de l'article 188 du Code des professions ?

Oui  Non

Si vous avez coché «oui», remplissez le «**Formulaire de déclaration d'une décision pénale**» et retournez-le avec votre formulaire d'inscription, accompagnée d'une copie certifiée conforme de la décision.

### Déclaration de sinistre ou réclamation auprès de l'assureur de la responsabilité professionnelle

Avez-vous déjà formulé une déclaration de sinistre auprès de l'assureur à l'égard de votre responsabilité professionnelle ou fait l'objet d'une réclamation formulée contre vous par un de vos clients (ou un mandataire de ce dernier) auprès de l'assureur ?

Oui  Non

Si vous avez coché «oui», remplissez le formulaire « **Assurance responsabilité professionnelle - Renseignements à transmettre à l'Ordre en cas de déclaration de sinistre ou de réclamation** » et retournez-le avec votre formulaire d'inscription.

### Activités professionnelles prévues

#### Quelles sont les activités professionnelles que vous prévoyez faire (cochez ci-après) :

Prestation de services en télépratique auprès de clients en lien avec la pandémie à la COVID-19  Oui  Non

Autres activités professionnelles :  Oui  Non

Si vous avez coché «Oui», veuillez décrire les autres activités professionnelles prévues :

#### Pour quelle période demandez-vous l'autorisation spéciale ?

Pour la durée de l'état d'urgence sanitaire décrété par le gouvernement du Québec  Oui  Non

Si vous avez coché «Non», veuillez inscrire la durée pour laquelle vous demandez l'autorisation spéciale :

### Documents à joindre

Documents	Joint	À venir	Non applicable	Administration
Formulaire «Autorisation à communiquer des renseignements» complété par le(s) ordre(s) professionnels, organisme(s) de réglementation ou organisme national représentatif de la profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Preuve d'assurance responsabilité professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Déclaration de décision disciplinaire, de décision judiciaire ou de sinistre ou réclamation auprès de l'assureur de la responsabilité professionnelle (s'il y a lieu, joindre le formulaire approprié)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Signature

Date

Pour les fins du présent formulaire, le fait pour le demandeur d'inscrire son nom ci-dessus équivaut à sa signature.

*Les renseignements recueillis par le présent formulaire 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. Toute personne a l'obligation de compléter intégralement le présent formulaire, à défaut de quoi son autorisation spéciale pourrait être refusée.*

*Toute personne 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.*