

**ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC**  
1440, rue Ste-Catherine Ouest  
Bureau : 320  
Montréal, QC H3G 1R8

---

---

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE L'ÉQUIVALENCE DE DIPLÔME**

---

---

**A. IDENTITÉ DU CANDIDAT**

Nom de famille

\_\_\_\_\_

Sexe M  F

Prénom

\_\_\_\_\_

Date de naissance

Langue maternelle

Langue d'usage

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Jour Mois Année

Français Anglais Autre Français Anglais Autre

**B. RÉSIDENCE PERMANENTE**

Numéro

Rue/ Route rurale/ Case postale

Appartement

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville

Province

Code postal

(Indicatif régionale) Téléphone

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Citoyen Canadien

Autre

Précisez :

:

Canadien

Résident permanent

Aucun visa

visa d'étudiant

Autre

Pays de citoyenneté (si non citoyen Canadien)

\_\_\_\_\_

**D. ÉTUDES**

NIVEAU

INSTITUTION (NOM ET ADRESSE)

SECTEUR

ANNÉE  
DE GRADUATION

# Diplôme

Secondaire ou Lycée \_\_\_\_\_

*secondaire*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cégep ou collège \_\_\_\_\_

*INHALOTHÉRAPIE*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Université \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. EMPLOYEURS ( EN COMMENÇANT PAR LE PLUS RÉCENT )**

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de à de)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de à de)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'employeur

Adresse

Téléphone

Titre

Statut

Champ

Période (de à de)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F. SIGNATURE**

Je certifie par la présente que les renseignements donnés dans cette formule sont vrais, exacts et complets sous tous les rapports

Retourner à : OPIQ

1440, Sainte-Catherine Ouest, Bureau : 320  
Montréal, QC H3G 1R8