

INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES									
<input checked="" type="checkbox"/> Cocher la catégorie qui s'applique à votre situation <input type="checkbox"/> Membre actif privé avec assurance <input type="checkbox"/> Membre actif public avec assurance <input type="checkbox"/> Membre non actif (sans assurance) <b>Un membre non actif n'est pas autorisé à poser d'activités professionnelles</b> (voir alinéa 7 de l'article 37.1 du Code des professions)	Frais d'ouverture de dossier	Cotisation	TPS 5%	TVQ 9,975%	Assurance responsabilité professionnelle	Contribution obligatoire au financement de l'Office des professions du Québec	TOTAL À PAYER		
							Paiement en un seul versement	Paiement en 2 versements	
								1er versement	2ième versement
<input type="checkbox"/>	100,00 \$	417,00 \$	25,85 \$	51,57 \$	59,77 \$	29,00 \$	<b>683,19 \$</b>	497,69 \$	208,50 \$
<input type="checkbox"/>	100,00 \$	417,00 \$	25,85 \$	51,57 \$	13,99 \$	29,00 \$	<b>637,41 \$</b>	451,91 \$	208,50 \$
<input type="checkbox"/>	100,00 \$	236,00 \$	16,80 \$	33,52 \$		29,00 \$	<b>415,32 \$</b>	320,31 \$	118,00 \$

## PAIEMENT

**CHÈQUE** Veuillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (ou OPIQ) et inscrire votre nom sur le chèque.

1 VERSEMENT

Date de votre chèque: date du jour

2 VERSEMENTS PAR CHÈQUE

(le paiement en 2 versements est disponible seulement pour ceux qui graduent avant le 1er septembre 2019)

Dates de vos chèques: date du jour  
1er septembre 2019

VISA

MASTERCARD

NUMÉRO DE LA CARTE	EXPIRATION	CVC (code à 3 chiffres au verso)
SIGNATURE DU TITULAIRE		

## INFORMATIONS

- **IMPORTANT!** Vous devez renouveler votre permis de pratique annuel avant le **1er avril**. Vous recevrez par courriel, au mois de février de chaque année, un avis de renouvellement au Tableau des membres.

- Vous avez des questions? Faites-les parvenir par courriel à l'adresse suivante: [info@opiq.qc.ca](mailto:info@opiq.qc.ca)

- Comment vérifier que votre permis a été délivré et que vous êtes inscrits au Tableau des membres? Presser le bouton **TROUVER UN INHALOTHÉRAPEUTE** sur la page d'accueil de notre site internet: [www.opiq.qc.ca](http://www.opiq.qc.ca) et suivre les consignes. Il est inutile de communiquer avec nous.

- Vous voulez modifier les informations de votre dossier lorsque vous êtes inscrits au Tableau des membres? Cliquez sur le bouton **Accéder de la ZONE DES MEMBRES** sur la page d'accueil de notre site internet: [www.opiq.qc.ca](http://www.opiq.qc.ca) et suivre les consignes.



1440, Sainte-Catherine Ouest  
bureau 721  
Montréal H3G 1R8

Téléphone 514 931.2900  
1 800 561.0029  
Télécopieur 514 931.3621

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'OBTENTION DE PERMIS

Coller votre photo format passeport dans cette case

OBLIGATOIRE

### LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE:

**ÉTAPE 1** - Remplir le présent formulaire, joindre les documents obligatoires mentionnés ci-dessous et nous les faire parvenir :

- photo format passeport;
- copie certificat de naissance;
- chèque, mandat poste ou carte de crédit couvrant les frais d'ouverture de dossier et l'inscription au Tableau des membres.

**ÉTAPE 2 - Envoyer**, dès que vous le recevez, votre relevé officiel de notes (obligatoire) qui indique que le candidat satisfait aux exigences du programme et qu'il sera diplômé (la version OMNIVOX n'est pas acceptée).

## IDENTIFICATION ET ADRESSE DE RÉSIDENCE

PRÉNOM, NOM

ADRESSE DE RÉSIDENCE (n°, rue)

ADRESSE DE RÉSIDENCE (complément)

VILLE, PROVINCE, PAYS

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

TÉLÉPHONE CELLULAIRE

IND. REG.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

DATE DE NAISSANCE

SEXE

M - MASCULIN  
F - FÉMININ

CIToyENNETÉ

C - CANADIEN  
R - RÉSIDENT(E)

PAYS D'ORIGINE

C - Canada  
X - AUTRE

LANGUE MATERNELLE

F - FRANÇAIS  
A - ANGLAIS

X - AUTRE

LANGUE PRINCIPALE DE TRAVAIL

F - FRANÇAIS  
A - ANGLAIS

## COURRIEL DE COMMUNICATION

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

Pour des considérations environnementales et d'efficacité, l'Ordre vous informe par courriel.

Cochez les informations que vous souhaitez recevoir (en tout temps, il vous sera possible de vous désabonner) :

- Je consens à recevoir la revue *l'inhalo*
- Je consens à recevoir le bulletin électronique *l'Ordonnée*
- Je consens à recevoir les annonces du congrès de l'OPIQ
- Je consens à recevoir les informations diverses (Journée des responsables, enseignants, ...)
- Je consens à recevoir les annonces de formation continue
- Je consens à recevoir les offres d'emplois
- Je consens à recevoir les demandes de participation aux sondages
- Je consens à recevoir les offres corporatives (par courrier ou par courriel)
- Je consens à figurer sur la liste de sollicitation téléphonique de La Capitale
- Je consens à partager mon adresse courriel afin de bénéficier d'avantages aux membres (exemple : Nautilus)

**ATTENTION! VOUS NE RECEVREZ PAS L'INFORMATION POUR LES CASES NON COCHÉES.**

**FORMATION (OBLIGATOIRE)**

- DEC en techniques d'inhalothérapie
- AEC
- Équivalence / conditions rencontrées

INSTITUTION

- Cégep de Chicoutimi
- Cégep de l'Outaouais
- Cégep de Rosemont
- Cégep de Sainte-Foy
- Cégep de Sherbrooke
- Cégep de Valleyfield
- Collège Ellis
- Collège Vanier

ANNÉE D'OBTENTION

**CETTE SECTION S'ADRESSE AUX ÉTUDIANTS POSSÉDANT UN DIPLÔME D'UN COLLÈGE DE LANGUE ANGLAISE**

En vertu de l'art. 35 de la *Charte de la langue française*, (L.R.Q. c. C-11) «Les ordres professionnels ne peuvent délivrer de permis au Québec qu'à des personnes ayant de la langue une connaissance appropriée à l'exercice de leur profession. »

Répondez à l'une ou l'autre des questions suivantes :

- OUI 1° Avez-vous suivi, à temps plein, au moins 3 années d'enseignement de niveau secondaire ou post secondaire dispensé en français ? (une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier)
- ou**
- OUI 2° Avez-vous réussi les examens de français langue maternelle de la 4e ou de la 5e année du cours secondaire ? (personne ayant étudié en anglais ou dans une autre langue. Une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier ?)
- ou**
- OUI 3° Avez-vous obtenu, au Québec, un certificat d'études secondaires qui n'est pas antérieur à l'année scolaire 1985-1986 ? (une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier)
- ou**
- NON Si aucune des conditions susmentionnées ne s'applique, en ce cas, **vous devrez réussir l'examen de français de l'Office québécois de la langue française.**

**RENSEIGNEMENTS DISCIPLINAIRES (OBLIGATOIRE)**En vertu de l'article 45.2 du *Code des professions*

AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET D'UNE DÉCISION DISCIPLINAIRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL OU D'UNE AUTRE ASSOCIATION DU QUÉBEC OU À L'ÉTRANGER VOUS IMPOSANT UNE SANCTION ?

- O - OUI Si oui, fournir en annexe la date de la décision, la nature de l'infraction de même que la nature de la sanction canadienne ou étrangère de toute décision portée contre vous.
- N - NON

**RENSEIGNEMENTS JUDICIAIRES (OBLIGATOIRE)**En vertu de l'article 45.2 du *Code des professions*

AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET D'UN JUGEMENT D'UN TRIBUNAL CANADIEN OU ÉTRANGER VOUS DÉCLARANT COUPABLE D'UNE INFRACTION CRIMINELLE? (RÉPONDEZ NON SI VOUS EN AVEZ OBTENU LE PARDON)

- O - OUI Si oui, fournir en annexe la date du jugement, le numéro de dossier de la cour, les motifs de condamnation(s) et la décision judiciaire canadienne ou étrangère de tout jugement porté contre vous.
- N - NON

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRE)**En vertu de l'article 48 du *Code des professions*

SOUFFREZ-VOUS ACTUELLEMENT D'UN TROUBLE DE L'ÉTAT PHYSIQUE OU PSYCHIQUE (Y COMPRIS UN PROBLÈME DE TOXICOMANIE) INCOMPATIBLE AVEC L'EXERCICE DE L'INHALOTHÉRAPIE, OU QUI, S'IL N'EST PAS TRAITÉ, POURRAIT ÊTRE INCOMPATIBLE AVEC L'EXERCICE DE L'INHALOTHÉRAPIE ?

- O - OUI Si oui, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris un certificat de votre médecin traitant confirmant le diagnostic et votre état de santé à Me Andréanne Lebel
- N - NON

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'UN TROUBLE DE L'ÉTAT PHYSIQUE OU PSYCHIQUE INCOMPATIBLE AVEC L'EXERCICE DE L'INHALOTHÉRAPIE (Y COMPRIS UN PROBLÈME DE TOXICOMANIE), OU QUI, S'IL N'AVAIT PAS ÉTÉ TRAITÉ, AURAIT ÉTÉ INCOMPATIBLE AVEC L'EXERCICE DE L'INHALOTHÉRAPIE ?

- O - OUI Si oui, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris un certificat de votre médecin traitant confirmant le diagnostic et votre état de santé à Me Andréanne Lebel
- N - NON

**FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE**

Parce que vous graduez durant la 2e année de la période de formation continue, vous êtes **exempté** d'effectuer la formation continue obligatoire pour la période de référence du **1er avril 2018 au 31 mars 2020**.

Nous vous invitons à consulter le [Guide d'application du Règlement sur la formation continue](#) sur notre site internet [www.opiq.qc.ca](http://www.opiq.qc.ca)

**LIEU PRINCIPAL D'EXERCICE ET DOMICILE PROFESSIONNEL (OBLIGATOIRE)**En vertu de l'article 60 du *Code des professions*Exemple de nom d'installation **valide**

RÉPONSE: Hôtel-Dieu du CHUM  
ou  
RÉPONSE: Hôpital de Hull

Exemple de nom d'installation **invalide**

RÉPONSE: CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
ou  
RÉPONSE: CISSS de l'Outaouais

**NOM DE L'INSTALLATION OÙ VOUS EXERCEZ PRINCIPALEMENT VOS ACTIVITÉS**

TÉLÉPHONE	POSTE	TÉLÉCOPIEUR
IND. REG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	IND. REG.

TITRE DE L'EMPLOI	STATUT DE L'EMPLOI
-------------------	--------------------

**SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL****SECTEUR D'ACTIVITÉ SECONDAIRE****SECTEUR D'ACTIVITÉ SECONDAIRE****SECTEUR D'ACTIVITÉ SECONDAIRE**

CODE DU SECTEUR

CODE DU SECTEUR

CODE DU SECTEUR

CODE DU SECTEUR

**2e LIEU DE TRAVAIL****NOM DE L'INSTALLATION**

TÉLÉPHONE	POSTE	TITRE DE L'EMPLOI	CODE DU SECTEUR D'ACTIVITÉ
IND. REG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		

Titre d'emploi - ligne 410 - 420 - 430		
110 Enseignant(e)	114 Coordonnateur clinique/technique	120 Coordonnateur de programme
111 Responsable de service	115 Autre	123 Intervenant pivot
112 Assistant chef inhalothérapeute	116 Chef de programmes	
113 Inhalothérapeute	118 Coordonnateur (CÉGEP)	
Statut de l'emploi - lignes 410 - 420 - 430		
200 Temps plein	201 Temps partiel	202 Temps occasionnel
Secteur d'activités - lignes 410 - 420 - 430		
300 Soins respiratoires généraux	306 Soins à domicile (soins respiratoires généraux)	312 Clinique <del>anti-douleur</del>
301 Assistance ventilatoire	307 Soins à domicile (VAP)	313 Calorimétrie
302 Assistance anesthésique	308 Soins à domicile (épreuves diagnostiques)	314 Autre
303 Épreuves diagnostiques de la fonction respiratoire	309 Rééducation respiratoire	315 Enseignement en premiers soins (RCR)
304 Cardiologie et hémodynamie	310 Centre d'enseignement sur l'asthme-MPOC	317 Administration
305 Épreuves diagnostiques du sommeil	311 Recherche	319 Groupe de médecine de famille (GMF)
		320 Épreuves diagnostiques de la fonction cardiaque (effort)

**DOMICILE PROFESSIONNEL / ATTESTATION DE VÉRACITÉ (DÉCLARATION OBLIGATOIRE)****OBLIGATOIRE! Prenez connaissance, cochez et signez.**

- Je comprends que le domicile professionnel est le lieu où j'exerce principalement ma profession et que cette information (adresse et numéro de téléphone) est accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- Je comprends que si je ne fournis pas à l'Ordre un lieu de travail principal, mon adresse personnelle deviendra mon domicile professionnel et sera accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de domicile **dans les 30 jours** à compter du changement.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de statut **immédiatement** lors d'une modification à ma situation professionnelle.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre dans les 10 jours à compter de celui où j'en suis informé, d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq (5) ans d'emprisonnement ou plus.
- Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance**

x

DATE

SIGNATURE

**IMPORTANT!** Veuillez prendre note que votre permis sera **émis** lorsque la Secrétaire de l'Ordre aura reçu **toutes** les **informations requises et conformes** du candidat et du cégep (**déla** de **5 jours minimum**).

➔ **PAIEMENT AU VERSO**