# logo-ocq-final.jpg

# Formulaire de demande d’équivalence de diplôme ou de formation pour la délivrance d’un permis

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS GÉNÉRALES** |
| Nom :       | Prénom :       |
| Adresse domicile :       |
| Ville :       | Code postal :       |
| Téléphone :       | Courriel :       |

|  |
| --- |
| Adresse de correspondance (si différente) :       |
| Ville :       | Code postal :       |
| Téléphone :       | Courriel :       |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de naissance :     -     -     JJ MM AA | Numéro d’assurance sociale :     -     -     |
| Lieu de naissance :       | Citoyenneté :       |
| Langue maternelle :[ ]  Français[ ]  Anglais[ ]  Autres :       | Langue parlée :[ ]  Français[ ]  Anglais[ ]  Autres :       | Langue écrite :[ ]  Français[ ]  Anglais[ ]  Autres :       |

|  |
| --- |
| **FORMATION CHIROPRATIQUE** |
| Établissement d’enseignement de la chiropratique où vous avez suivi votre formation :       |
| Examens nationaux Canadiens complétés avec succès : OUI [ ]  NON [ ]  |
| Examens nationaux Américains complétés avec succès : OUI [ ]  NON [ ]  |
| Autres :       |

|  |
| --- |
| **AUTRES PROGRAMMES DE FORMATION COLLÉGIALE ET UNIVERSITAIRE** |
| Programme | Début(année) | Fin(année) | Non terminé | Technique | Attestation | Certificat | Baccalauréat | Maîtrise | Doctorat | Post doctorat | Autres |
|       |      |      | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |      |      | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |      |      | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |      |      | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Avez-vous déjà exercé la chiropratique à l’extérieur du Québec?** [ ]  OUI [ ]  NONSi OUI, à quel endroit?      Durant quelle période? Année début :      Année fin :     S’il y a lieu, à quel autre endroit?      Durant quelle période? Année début :      Année fin :      |
| Avez-vous déjà reçu une **sanction disciplinaire** pour une faute commise dans l’exercice de la chiropratique?[ ]  OUI [ ]  NON Date de la sanction :       |
| Si OUI, veuillez préciser le nom de l’organisme qui a imposé la sanction :       |
| Nature de l’infraction :       |
| Sentence rendue :       |
| Avez-vous un **casier judiciaire**? [ ]  OUI [ ]  NON | Date de la sanction :       |
| Nature de la sanction :       |
| Sentence rendue :       |
| Je fais ou j’ai fait l’objet d’une poursuite pour une infraction punissable de 5 ans d’emprisonnement ou plus :[ ]  Non[ ]  Oui, les informations ont déjà été fournies[ ]  Oui, veuillez joindre une copie conforme de la plainte et de la décision |

|  |
| --- |
| Je joins les documents suivants pour appuyer ma demande :[ ]  Copie des diplômes en chiropratique ou autres.[ ]  Un (1) relevé de notes officiel des études chiropratiques.[ ]  Copie du ou des programmes de formation reçues (plan de cours, descriptifs de cours, etc).[ ]  Un (1) relevé de notes officiel des examens nationnaux réussis.[ ]  Une lettre de l’ordre professionnel (Licensing Board) de la province ou du pays où vous pratiquez ou avez pratiqué activement la chiropratique, confirmant que vous en faites partie, ainsi qu’une attestation de membre en règle (letter of good standing), s’il y a lieu.[ ]  Une preuve d’identification officielle (certificat de naissance original ou copie assermentée).[ ]  Une (1) photographie récente format passeport, signée au verso.[ ]  Mon paiement de 500 $ pour l’analyse de la demande d’équivalence par chèque ou par carte de crédit. |

|  |
| --- |
| Je déclare que tous les renseignements indiqués au questionnaire qui précède sont complets et véridiques.EN FOI DE QUOI, |
| J’ai signé à (ville)       | Date :       |
| Signature :  |

|  |
| --- |
| **MODALITÉS DE PAIEMENT** |
| [ ]  Ci-joint un chèque au montant de 500 $[ ]  Veuillez porter le montant de 500 $ sur ma carte de crédit :**[ ]** Visa [ ]  Master Card No de la carte de crédit :       Date d'expiration :    /    mois année Signature du détenteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ce formulaire doit être dûment rempli et retourné au siège social de l'Ordre par courrier au 7100, rue Jean-Talon Est, Bureau 250, Anjou (Québec) H1M 3S3** |