



Ordre des  
**OPTICIENS**  
d'ordonnances  
du Québec

[opticien.qc.ca](http://opticien.qc.ca)

---

## PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

---

En signant le présent formulaire, je confirme avoir pris connaissance de la politique de confidentialité de l'Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec (ci-après « l'Ordre ») qui est disponible sur le site Internet de l'Ordre à <https://www.opticien.qc.ca> et je consens à la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels par l'Ordre conformément au cadre juridique applicable.

Veillez noter que vous pouvez en tout temps retirer votre consentement à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels déjà collectés par l'Ordre. Vous pouvez exercer votre droit en communiquant avec nous par courriel à l'adresse suivante : [juridiques@opticien.qc.ca](mailto:juridiques@opticien.qc.ca). Le retrait de votre consentement pourrait nous empêcher de vous fournir ou de continuer à vous fournir certains de nos services.



Ordre des  
**OPTICIENS**  
d'ordonnances  
du Québec

opticien.qc.ca

606, rue Cathcart, bureau 600  
Montréal, Qc H3B 1K9  
514 288-7542  
1 800 563-6345

## DEMANDE DE RÉVISION EN MATIÈRE D'ÉQUIVALENCE

**Candidat dont l'équivalence de  
diplôme ou de la formation n'a pas été  
reconnue ou ne l'a été que partiellement**

**Attention : vous avez 30 jours suivant la date de réception de la  
décision du Conseil d'administration pour présenter votre demande. <sup>1</sup>**

Vous devez compléter, signer et envoyer ce formulaire avec votre  
paiement, par courriel, à l'adresse [secretaire@opticien.qc.ca](mailto:secretaire@opticien.qc.ca).

Date de la demande (AAAA - MM - JJ)

No. de référence  
(Réservé à l'usage de l'Ordre)

### LA DEMANDE DE RÉVISION EN MATIÈRE D'ÉQUIVALENCE

Le candidat qui est informé de la décision de Conseil d'administration de ne pas lui reconnaître une équivalence de diplôme ou de la formation ou de ne lui reconnaître que partiellement une équivalence de la formation peut en demander la révision **dans les 30 jours** de la réception de cette décision.

- 1 La demande est transmise au comité d'appel qui est composé de personnes autres que des membres du Conseil d'administration et du comité d'admission par équivalences.
- 2 La réunion du comité d'appel est prévue dans les 60 jours qui suivent la date de réception de la demande et le candidat est informé, par courriel, de la date, du lieu et de l'heure de cette réunion.
- 3 Lors de la réunion, le candidat peut présenter ses observations, en personne ou par écrit.  

<b>En personne :</b>	Le candidat doit informer la secrétaire, au moins 5 jours avant la date prévue de la réunion, qu'il souhaite présenter ses observations en personne;
<b>Par écrit :</b>	Le candidat doit faire parvenir à la secrétaire ses observations écrites au moins 48 heures avant la tenue de la réunion.
- 4 La décision du comité d'appel est transmise au candidat, par courriel, dans les 30 jours suivants la réunion.

**La décision du comité d'appel est définitive.**

<sup>1</sup> Conformément à l'article 10 du [Règlement sur les normes d'équivalence aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des opticiens d'ordonnances](#).



## 1.0 - IDENTIFICATION DU CANDIDAT ET LIEU DE RÉSIDENCE

M.  Mme

Nom	Prénom
Adresse (No, rue, app.)	Ville
Pays	Code postal
Téléphone	Courriel
Téléphone 2	Date de naissance (AAAA - MM - JJ)

## 2.0 - DÉCISION RENDUE PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Décision du Conseil d'administration :  Équivalence partielle  Équivalence non reconnue

Date de la décision du Conseil d'administration : \_\_\_\_\_  
Date de la décision (AAAA - MM - JJ)

Date de réception de la décision : \_\_\_\_\_  
Date de réception de la décision (AAAA - MM - JJ)

## 3.0 - ATTESTATION

Je, soussigné-e, déclare solennellement que les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts et désire soumettre une demande de révision en matière d'équivalence.

En foi de quoi j'ai signé mon formulaire de demande de révision d'équivalence le : \_\_\_\_\_  
Date (AAAA - MM - JJ) Signature

## 4.0 - AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

J'autorise l'Ordre des opticiens d'ordonnances du Québec à prélever, sur ma carte de crédit, la somme de 229,95 \$ (représentant un montant de 200 \$ plus taxes).

Numéro de la carte <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD	Date d'expiration (MM   AA) M   M   A   A	CVV (Code de vérification visuel au verso de la carte)
Nom du détenteur de la carte	Signature du détenteur de la carte	

Des frais administratifs de 30 \$ plus taxes seront ajoutés pour tout prélèvement sur carte de crédit refusé. Le cas échéant, le candidat a 7 jours à compter du moment où il en est informé pour régulariser la situation.  
TPS : R107803066 • TVQ : 1006163382