



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

## FORMULAIRE DE RÉINSCRIPTION AU TABLEAU

### 2024 - 2025

Pour être inscrit(e) au Tableau, vous devez compléter, signer et retourner les documents requis avec votre paiement.

No. de permis

No. de référence

(Réservé à l'usage de l'Ordre)

### 1.0 – IDENTIFICATION ET LIEU DE RÉSIDENCE

M.  Mme

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

### 2.0 – LIEU DE TRAVAIL EN VIGUEUR À COMPTER DE LA RÉINSCRIPTION

#### 2.1 – LIEU DE TRAVAIL PRINCIPAL

Je déclare être actuellement sans emploi

Raison sociale (Nom du bureau)

Adresse (No, rue, bureau)

Adresse (Suite)

Ville, Province, Pays

Code postal

Téléphone professionnel (poste)      Télécopieur

#### 2.2 – VOTRE STATUT AU SEIN DE CETTE ENTREPRISE

**PROPRIÉTAIRE** (Veuillez cocher la catégorie)

- Propriétaire d'un bureau
- Propriétaire de plusieurs bureaux<sup>1</sup>
- Autres, précisez : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Veuillez compléter et joindre l'annexe 1 incluse.

**EMPLOYÉ** (Veuillez cocher la catégorie)

- Opticien à temps plein
- Opticien à temps partiel
- Opticien remplaçant
- Opticien responsable d'un bureau
- Opticien enseignant
- Opticien représentant pour l'industrie
- Autres, précisez : \_\_\_\_\_

#### 2.3 – NOMS DES PROPRIÉTAIRES DE CETTE ENTREPRISE. SPÉCIFIEZ S'ILS SONT OPTICIENS OU OPTOMÉTRISTES.

Propriétaire 1	<input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre	Propriétaire 3	<input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre
Propriétaire 2	<input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre	Propriétaire 4	<input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre

AUTRE(S) LIEU(X) DE TRAVAIL  OUI  NON, SI OUI, VEUILLEZ COMPLÉTER ET JOINDRE L'ANNEXE 1 INCLUSE.



### 3.0 – SI VOUS DÉCLAREZ ÊTRE PROPRIÉTAIRE À LA SECTION 2.2, VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION

S'agit-il d'une société par actions ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
S'agit-il d'une société en nom collectif à responsabilité limitée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu oui à l'une de ces deux questions, avez-vous envoyé à l'Ordre votre déclaration d'exercice en société ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### 4.0 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Êtes-vous membre d'autres ordres professionnels ? Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous membre d'associations professionnelles ? Si oui, lesquelles :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre permis d'exercice vous a-t-il été délivré à la suite d'une demande d'équivalence ou d'une demande de reconnaissance des qualifications professionnelles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Acceptez-vous que l'Ordre communique vos nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel à des associations d'opticiens ou à des entreprises avec lesquelles l'Ordre a conclu des ententes commerciales ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### 5.0 – ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES ET DISCIPLINAIRES

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ou d'une infraction relative à l'exercice illégal ou à l'usurpation de titre d'une profession ? Vous n'avez pas à déclarer les infractions dont vous avez déjà informé l'Ordre ou les infractions pour lesquelles vous avez obtenu un pardon.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire vous ayant imposé une sanction ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue hors du Québec ayant eu pour effet une révocation de votre permis d'exercice ou une radiation du tableau ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Faites-vous ou avez-vous fait l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire ou d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Si vous avez répondu « oui » à une des questions ci-dessus, veuillez expliquer les circonstances sur une feuille distincte et joindre une copie certifiée conforme de la décision.**

### 6.0 – ATTESTATION

Je, soussigné(e), déclare solennellement que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts.

Je m'engage à faire les modifications dans mon dossier en ligne en cas de changement de coordonnées personnelles ou professionnelles afin d'avertir l'Ordre dans les 30 jours.

En foi de quoi j'ai signé mon formulaire de réinscription le : \_\_\_\_\_

Date (AAAA - MM - JJ)

Signature



Nom, prénom

No. de permis

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

2.1 – AUTRE LIEU DE TRAVAIL		2.2 – VOTRE STATUT AU SEIN DE CETTE ENTREPRISE	
Raison sociale (Nom du bureau)		<input type="checkbox"/> <b>PROPRIÉTAIRE</b> (Veuillez cocher la catégorie)	
Adresse (No, rue, bureau)		<input type="checkbox"/> Propriétaire d'un bureau	
Adresse (Suite)		<input type="checkbox"/> Propriétaire de plusieurs bureaux <sup>1</sup>	
Ville, Province, Pays		<input type="checkbox"/> Autres, précisez :	
Code postal		<small><sup>1</sup> Veuillez compléter et joindre l'annexe 1 incluse.</small>	
Téléphone professionnel (poste)      Télécopieur		<input type="checkbox"/> <b>EMPLOYÉ</b> (Veuillez cocher la catégorie)	
		<input type="checkbox"/> Opticien à temps plein	
		<input type="checkbox"/> Opticien à temps partiel	
		<input type="checkbox"/> Opticien remplaçant	
		<input type="checkbox"/> Opticien responsable d'un bureau	
		<input type="checkbox"/> Opticien enseignant	
		<input type="checkbox"/> Opticien représentant pour l'industrie	
		<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____	
<b>2.3 – NOMS DES PROPRIÉTAIRES DE CETTE ENTREPRISE. SPÉCIFIEZ S'ILS SONT OPTICIENS OU OPTOMÉTRISTES.</b>			
Propriétaire 1 <input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre		Propriétaire 3 <input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre	
Propriétaire 2 <input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre		Propriétaire 4 <input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre	

2.1 – AUTRE LIEU DE TRAVAIL		2.2 – VOTRE STATUT AU SEIN DE CETTE ENTREPRISE	
Raison sociale (Nom du bureau)		<input type="checkbox"/> <b>PROPRIÉTAIRE</b> (Veuillez cocher la catégorie)	
Adresse (No, rue, bureau)		<input type="checkbox"/> Propriétaire d'un bureau	
Adresse (Suite)		<input type="checkbox"/> Propriétaire de plusieurs bureaux <sup>1</sup>	
Ville, Province, Pays		<input type="checkbox"/> Autres, précisez :	
Code postal		<small><sup>1</sup> Veuillez compléter et joindre l'annexe 1 incluse.</small>	
Téléphone professionnel (poste)      Télécopieur		<input type="checkbox"/> <b>EMPLOYÉ</b> (Veuillez cocher la catégorie)	
		<input type="checkbox"/> Opticien à temps plein	
		<input type="checkbox"/> Opticien à temps partiel	
		<input type="checkbox"/> Opticien remplaçant	
		<input type="checkbox"/> Opticien responsable d'un bureau	
		<input type="checkbox"/> Opticien enseignant	
		<input type="checkbox"/> Opticien représentant pour l'industrie	
		<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____	
<b>2.3 – NOMS DES PROPRIÉTAIRES DE CETTE ENTREPRISE. SPÉCIFIEZ S'ILS SONT OPTICIENS OU OPTOMÉTRISTES.</b>			
Propriétaire 1 <input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre		Propriétaire 3 <input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre	
Propriétaire 2 <input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre		Propriétaire 4 <input type="checkbox"/> o.o.d. <input type="checkbox"/> O.D. <input type="checkbox"/> Autre	