



DOCUMENT B

Certificat de conformité de l'Ordre des Experts-comptables de France

IMPORTANT

À être rempli dans le cadre d'une demande d'admissibilité en vertu de l'Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles entre l'Ordre des Experts-comptables de France et les comptables agréés du Québec - ARM

PARTIE I - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE POSTULANT

MADAME MONSIEUR

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM USUEL : _____

ADRESSE PERMANENTE :

No: _____ rue av. boul. chemin _____ App. : _____

Ville : _____ Province/État : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Par la présente, je demande et permets à l'Ordre des Experts-comptables de France de fournir tous les renseignements demandés dans le présent formulaire, de le signer et de le retourner dûment rempli à l'Ordre des comptables agréés du Québec. Mon numéro de référence à l'Ordre des Experts-comptables est : _____

Merci.

X

SIGNATURE DU DEMANDEUR

DATE

PARTIE II - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN REPRESENTANT DE L'ORDRE DES EXPERTS-COMPTABLES DE FRANCE ET RETOURNÉE À L'ORDRE DES COMPTABLES AGRÉÉS DU QUÉBEC

CE DEMANDEUR :

A obtenu le diplôme d'Expertise comptable (DEC), ou diplôme d'État Français, délivré par le ministre de l'Enseignement supérieur sur le territoire français. Oui Non

A réalisé un stage professionnel de trois ans organisé, contrôlé et attesté par l'Ordre des Experts-comptables. Oui Non

Si vous avez répondu non, veuillez indiquer le nombre de mois de stage réalisé : _____ mois

A réussi les trois épreuves finales organisées au niveau national pour être admis à l'Ordre des Experts-comptables Oui Non

PARTIE II - SUITE

CE DEMANDEUR :

A été inscrit au Tableau des stagiaires Experts-comptables du Conseil régional de : JOUR MOIS ANNÉE
Du : _____

_____ Au : _____

A été inscrit au Tableau en qualité d'Expert-comptable du Conseil régional de : JOUR MOIS ANNÉE
Du : _____

_____ Au : _____

Est actuellement membre en règle de l'Ordre des Experts-comptables et détient l'aptitude légale d'exercer et d'utiliser le titre d'Expert-comptable Oui Non

N'a pas fait l'objet de plainte ou de procédure disciplinaire, criminelle ou pénale concernant ses compétences, son comportement, ou son intégrité en lien avec l'exercice de la profession d'Expert-comptable. **Dans le cas contraire**, veuillez indiquer toutes sanctions disciplinaires prises contre ce membre, et si le membre a été réadmis après avoir été expulsé pour des motifs autres que le non-paiement des cotisations, les détails relatifs à la situation en cause (annexer les documents s'il y a lieu) :

Advenant la modification, la suspension ou la révocation du certificat ou du permis pour une raison quelconque, ou si le postulant fait l'objet d'autres sanctions disciplinaires, nous acceptons d'en informer l'Ordre des comptables agréés du Québec. Oui Non

PARTIE III - EXPERIENCE PRATIQUE EN CABINET D'EXPERTS-COMPTABLES

LA SECTION A DOIT OBLIGATOIREMENT ETRE COMPLETEE.

LA SECTION B EST A COMPLETER DANS LE CAS OU LE NOMBRE D'HEURES D'EXPERIENCE ACCUMULEES PENDANT LA PERIODE DE STAGE EST INFÉRIEUR AU NOMBRE MINIMAL D'HEURES DE STAGE D'EXPERIENCE PRATIQUE EN CERTIFICATION, SOIT 1250 HEURES DONT 625 EN AUDIT. LA CERTIFICATION AU SENS DE L'APPLICATION PAR L'ORDRE DES COMPTABLES AGREES COMPREND LES MISSIONS DE VERIFICATION (AUDIT) ET LES MISSIONS D'EXAMEN DES COMPTES ANNUELS.

SECTION A EXPERT-COMPTABLE STAGIAIRE (OBLIGATOIRE)

1

NOM DU CABINET AGRÉÉ MAÎTRE DE STAGE

VILLE

PAYS

NO. D'ENREGISTREMENT AUPRÈS DE L'ORDRE

NOM DU DIRECTEUR / SUPERVISEUR DE STAGE

- EXPERT-COMPTABLE
 COMMISSAIRE AUX COMPTES

STAGE CONTRÔLÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL :

SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE À CONFIRMER CE STAGE

Période de stage

Du : _____
 JOUR MOIS ANNÉE

Au : _____
 JOUR MOIS ANNÉE

HEURES TOTALES : _____

CERTIFICATION – COMPTES ANNUELS

MISSION D'AUDIT _____ HEURES

MISSION D'EXAMEN _____ HEURES

AUTRES MISSIONS - _____ HEURES

DÉCRIRE :

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

2

NOM DU CABINET AGRÉÉ MAÎTRE DE STAGE

VILLE

PAYS

NO. D'ENREGISTREMENT AUPRÈS DE L'ORDRE

NOM DU DIRECTEUR / SUPERVISEUR DE STAGE

- EXPERT-COMPTABLE
 COMMISSAIRE AUX COMPTES

STAGE CONTRÔLÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL :

SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE À CONFIRMER CE STAGE

Période de stage

Du : _____
 JOUR MOIS ANNÉE

Au : _____
 JOUR MOIS ANNÉE

HEURES TOTALES : _____

CERTIFICATION – COMPTES ANNUELS

MISSION D'AUDIT _____ HEURES

MISSION D'EXAMEN _____ HEURES

AUTRES MISSIONS - _____ HEURES

DÉCRIRE :

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

3

NOM DU CABINET AGRÉÉ MAÎTRE DE STAGE

VILLE

PAYS

NO. D'ENREGISTREMENT AUPRÈS DE L'ORDRE

NOM DU DIRECTEUR / SUPERVISEUR DE STAGE

- EXPERT-COMPTABLE
 COMMISSAIRE AUX COMPTES

STAGE CONTRÔLÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL :

SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE À CONFIRMER CE STAGE

Période de stageDu : _____
JOUR MOIS ANNÉEAu : _____
JOUR MOIS ANNÉE

HEURES TOTALES : _____

CERTIFICATION – COMPTES ANNUELS

MISSION D'AUDIT _____ HEURES

MISSION D'EXAMEN _____ HEURES

AUTRES MISSIONS - _____ HEURES

DÉCRIRE :

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

SECTION B EXPÉRIENCE ACQUISE EN QUALITÉ D'EXPERT-COMPTABLE (A REMPLIR SI LE NOMBRE D'HEURES CUMULEES PENDANT LE STAGE À LA SECTION A EST INFÉRIEUR A CELLES REQUISES).

SI L'INFORMATION N'EST PAS DISPONIBLE À L'ORDRE DES EXPERTS-COMPTABLES, LE DEMANDEUR DEVRA FAIRE COMPLÉTER PAR LE OU LES EMPLOYEURS NÉCESSAIRES LE DOCUMENT C INTITULÉ ATTESTATION DE L'EXPERIENCE DU DEMANDEUR.

1

NOM DU CABINET

Ville

Pays

NO. D'ENREGISTREMENT AUPRÈS DE L'ORDRE

NOM DU DIRECTEUR / SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE

- EXPERT-COMPTABLE
 COMMISSAIRE AUX COMPTES

EMPLOI (S) OCCUPÉ (S) PAR LE DEMANDEUR

SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE À CONFIRMER CES INFORMATIONS

Période d'emploiDu : _____
JOUR MOIS ANNÉEAu : _____
JOUR MOIS ANNÉE

HEURES TOTALES : _____

CERTIFICATION – COMPTES ANNUELS

MISSION D'AUDIT _____ HEURES

MISSION D'EXAMEN _____ HEURES

AUTRES MISSIONS - _____ HEURES

DÉCRIRE :

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

SECTION B (SUITE)

2

NOM DU CABINET

Ville

Pays

NO. D'ENREGISTREMENT AUPRÈS DE L'ORDRE

NOM DU DIRECTEUR / SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE

EXPERT-COMPTABLE

COMMISSAIRE AUX COMPTES

EMPLOI (S) OCCUPÉ (S) PAR LE DEMANDEUR

SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE À CONFIRMER
CES INFORMATIONS

Période d'emploi

Du : _____
 JOUR MOIS ANNÉE

Au : _____
 JOUR MOIS ANNÉE

HEURES TOTALES : _____

CERTIFICATION – COMPTES ANNUELS

MISSION D'AUDIT _____ HEURES

MISSION D'EXAMEN _____ HEURES

AUTRES MISSIONS - _____ HEURES

DÉCRIRE :

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

_____ HEURES

X

SIGNATURE D'UNE PERSONNE DÛMENT AUTORISÉE – ORDRE DES EXPERTS-
COMPTABLES

DATE

TITRE

Courriel

Sceau

VEUILLEZ APOSER CI-CONTRE LE SCEAU DE
L'ORDRE DES EXPERTS-COMPTABLES DE
FRANCE. MERCI.

Veillez acheminer ce formulaire le plus rapidement
possible à :

L'Ordre des comptables agréés du Québec

Vice-présidence Formation professionnelle et relève
680, rue Sherbrooke Ouest, 18^e étage
Montréal (Québec) H3A 2S3

À l'attention de Mme Andrée Daoust, CA
Directrice adjointe, Formation professionnelle