



DEMANDE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ COMME CANDIDAT À L'EXERCICE DE LA PROFESSION EN VERTU D'UNE ENTENTE DE RÉCIPROCITÉ (CEPR) – DOCUMENT A

IMPORTANT

Avant de remplir le présent formulaire, veuillez lire le document intitulé *À l'intention des détenteurs d'un titre comptable d'un pays autre que le Canada – Comment devenir comptable agréé (CA) dans la province de Québec en vertu d'une entente de réciprocité.*

COORDONNÉES D'IDENTIFICATION

MADAME MONSIEUR

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM USUEL : _____
(doit être identique à celui qui figure sur les documents officiels) *(doit être identique à celui qui figure sur les documents officiels)*

ANCIEN NOM : _____
Si vous avez déjà porté un autre nom, veuillez l'inscrire et nous faire parvenir une preuve de votre changement de nom (c.-à-d. copie du certificat de changement de nom, de mariage ou de divorce).

ADRESSE PERMANENTE :

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

Ville : _____ Province/État : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

AUTRES COORDONNÉES REQUISES :

Date de naissance : jour _____ mois _____ année _____ Citoyenneté canadienne : OUI NON

Langues parlées : FRANÇAIS ANGLAIS Langue de correspondance : FRANÇAIS ANGLAIS

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE : _____

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

N° : _____ rue av. boul. chemin _____ Bureau n° : _____

Ville : _____ Province/État : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone (travail) : _____ Télécopieur (travail) : _____

POSTE OCCUPÉ : _____

COCHEZ (✓) L'ADRESSE DE CORRESPONDANCE CHOISIE: DOMICILE TRAVAIL

ORGANISME COMPTABLE DÉSIGNÉ

Veillez cocher (✓) la case qui correspond à l'organisme comptable étranger désigné dont vous êtes ou avez été membre. Veillez indiquer la date d'adhésion à l'organisme et votre numéro de certificat ou de permis, le cas échéant.

ORGANISME COMPTABLE	DATE D'ADHÉSION	NUMÉRO DE CERTIFICAT OU DE PERMIS
<input type="checkbox"/> The South African Institute of Chartered Accountants (SAICA) <i>Il faut également être membre d'une association provinciale de comptables agréés en Afrique du Sud</i>	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The Institute of Chartered Accountants in Australia (ICAA)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> L'Institut des Réviseurs d'Entreprises — Belgique (IRE)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Experts-Comptables de France (OEC)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> L'Instituto Mexicano de Contadores Públicos (IMCP)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The Hong Kong Institute of Certified Public Accountants (HKICPA)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The Japanese Institute of Certified Public Accountants (JICPA)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The Institute of Chartered Accountants in Ireland (ICAI)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The Institute of Chartered Accountants of New Zealand (ICANZ)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The Nederland Instituut van Register Accountants (NIRA)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The Institute of Chartered Accountants in England and Wales (ICAEW)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The Institute of Chartered Accountants in Scotland (ICAS)	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> The American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) ; <i>Veillez fournir les deux renseignements demandés ci-dessous :</i>		
<input type="checkbox"/> Membre de l'association des CPA de l'état : _____ État	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Certificat de CPA délivré par le State Board of Accountancy : _____ Norm du « State Board »	<input type="text"/> jour/mois/année	<input type="text"/>

Veillez joindre une copie certifiée conforme à l'original du document confirmant la réussite des examens d'admission décerné par l'organisme comptable désigné.

Un membre qui a obtenu le titre de CA ou de CPA en réussissant aux examens de réciprocité ou par affiliation n'est pas admissible.

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

L'Ordre des comptables agréés du Québec a besoin des renseignements suivants afin d'évaluer votre admissibilité comme candidat à l'exercice de la profession en vertu d'une entente de réciprocité (CEPR). Veuillez énumérer tous les emplois occupés en expertise comptable (Section A) ou, le cas échéant, dans un autre domaine d'activité comptable (Section B), au Canada ou à l'étranger (selon un ordre séquentiel en commençant par le plus récent). Veuillez joindre une lettre originale ou une copie du formulaire *Attestation de l'expérience du candidat – Document C* **pour chaque employeur**, confirmant les dates d'emploi et le nombre de mois d'expérience.

L'Ordre se réserve le droit de communiquer directement avec chaque cabinet ou bureau d'experts-comptables, ou tout autre employeur, afin d'obtenir les documents ou les renseignements additionnels nécessaires.

SECTION A) CABINETS D'EXPERTS-COMPTABLES

1

RAISON SOCIALE

Adresse de correspondance

Ville

Province/État

Pays

Code postal

Nom de votre superviseur

Téléphone

Télécopieur

EMPLOI

Début : _____

Fin : _____

POSTE

OCCUPÉ : _____

TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL

2

RAISON SOCIALE

Adresse de correspondance

Ville

Province/État

Pays

Code postal

Nom de votre superviseur

Téléphone

Télécopieur

EMPLOI

Début : _____

Fin : _____

POSTE

OCCUPÉ : _____

TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL

3

RAISON SOCIALE

Adresse de correspondance

Ville

Province/État

Pays

Code postal

Nom de votre superviseur

Téléphone

Télécopieur

EMPLOI

Début : _____

Fin : _____

POSTE

OCCUPÉ : _____

TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL

SECTION B) EMPLOIS AILLEURS QUE DANS DES CABINETS D'EXPERTS-COMPTABLES**1**

RAISON SOCIALE

Adresse de correspondance

Ville

Province/État

Pays

Code postal

Nom de votre superviseur

Téléphone

Télécopieur

EMPLOI

Début : _____

Fin : _____

POSTE

OCCUPÉ : _____

TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL **2**

RAISON SOCIALE

Adresse de correspondance

Ville

Province/État

Pays

Code postal

Nom de votre superviseur

Téléphone

Télécopieur

EMPLOI

Début : _____

Fin : _____

POSTE

OCCUPÉ : _____

TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL **3**

RAISON SOCIALE

Adresse de correspondance

Ville

Province/État

Pays

Code postal

Nom de votre superviseur

Téléphone

Télécopieur

EMPLOI

Début : _____

Fin : _____

POSTE

OCCUPÉ : _____

TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL **SOMMAIRE DE L'EXPÉRIENCE PRÉALABLE À LA DEMANDE D'INSCRIPTION**

Veillez indiquer le nombre d'années ou de mois d'expérience sur lequel se fonde votre demande d'évaluation d'admissibilité comme CEPR

_____ années ou _____ mois

Quelle partie de cette expérience, le cas échéant, a été acquise en expertise comptable?

 la totalité une partie aucune

Si vous avez répondu « une partie », veuillez préciser le nombre de mois ou d'années

_____ années ou _____ mois

SIGNATURE DU POSTULANT

J'atteste que les renseignements personnels fournis à l'Ordre sont exacts et ont été soumis librement. Je consens à ce que l'Ordre les utilise aux fins de gestion de mon dossier. Il est entendu que toute information sera traitée confidentiellement.

Je consens à ce que l'Ordre vérifie les renseignements fournis ou obtienne toute information pertinente à la présente demande auprès des organismes concernés.

J'atteste la véracité des informations indiquées dans la présente demande d'évaluation de mon admissibilité comme CEPR et je me suis assuré que celle-ci a été remplie en entier et dûment signée.

X _____ DATE _____
SIGNATURE DU POSTULANT

DOCUMENTS À INCLURE À L'APPUI DE LA PRÉSENTE DEMANDE

- Preuve à l'appui du nom légal et de la date de naissance : certificat de naissance, passeport ou tout autre document tel qu'une preuve de citoyenneté canadienne ou du statut d'immigrant reçu. Aucune photocopie n'est acceptée.
- Copie certifiée conforme à l'original du document confirmant la réussite des examens d'admission décerné par l'organisme comptable désigné
- Curriculum vitae (optionnel)
- Paiement* des frais de l'évaluation de l'admissibilité, soit 225,75 \$ (taxes incluses) (non remboursable)

Les documents qui suivent ont été transmis aux personnes autorisées et seront envoyés directement à l'Ordre :

- Déclaration de l'organisme comptable désigné – Document B
- Attestation de l'expérience du postulant – Document C

VEUILLEZ ACHEMINER CE FORMULAIRE, VOTRE PAIEMENT ET TOUS LES DOCUMENTS REQUIS 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 : Andrée Daoust, CA
Directrice adjointe

*MODES DE PAIEMENT ACCEPTÉS PAR L'ORDRE

CODE COMPTABLE : 1-4-10-63-330-4205

Comptant - Interac : Uniquement dans le cas de paiements faits en personne à l'Ordre. Ne pas envoyer d'argent comptant par la poste.

Chèque : Chèque d'entreprise ou chèque personnel. Veuillez établir le chèque au nom de l'**Ordre des comptables agréés du Québec** ou **OCAQ**.

Visa **Mastercard** Nom du détenteur de la carte : _____

N° de la carte : _____ Date d'expiration : mois _____ année _____

AVIS. Les renseignements demandés dans le présent formulaire sont recueillis à des fins de protection du public, de contrôle des conditions donnant ouverture à l'émission d'un permis de l'Ordre et des conditions d'inscription à titre de candidat à l'exercice de la profession en vertu d'une entente de réciprocité (CEPR), de recherche, de statistique et de sondage et seront accessibles aux mêmes fins à tous les membres du personnel des diverses directions de l'Ordre dans l'exercice de leurs fonctions. Les « coordonnées d'identification » pourront être transmises à titre de mandataire de l'Ordre aux universités, maîtres de stage et à l'ICCA, selon les fonctions de chacun de ces organismes, en vue d'assurer l'application et l'encadrement conformément à la réglementation des conditions de réciprocité du titre. Elles pourront aussi être utilisées par l'Ordre à des fins associatives ou pour vous offrir des biens ou des services, à moins d'avis contraire adressé par écrit au responsable de l'accès à l'Ordre.

Les renseignements et dossiers que l'Ordre détient à votre sujet sont détenus au siège de l'Ordre et, sous certaines réserves, la loi vous reconnaît le droit d'y avoir accès ou de requérir leur rectification.

Veillez noter que vous avez l'**obligation de compléter intégralement** le présent document en vue de l'étude de votre inscription comme candidat à l'exercice de la profession en vertu d'une entente de réciprocité.

Le masculin est utilisé sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.