

## Attestation de l'expérience du postulant – DOCUMENT C

IMPORTANT

À être remplie par CHAQUE employeur dans le cadre d'une demande d'évaluation de l'admissibilité comme candidat à l'exercice de la profession en vertu d'une entente de réciprocité - CEPR de l'Ordre des comptables agréés du Québec.

### RENSEIGNEMENT SUR LE POSTULANT

MADAME  MONSIEUR

NOM DE FAMILLE : \_\_\_\_\_ PRÉNOM USUEL : \_\_\_\_\_

### COORDONNEES 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) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR L'EXPERIENCE DE TRAVAIL

DATES D'EMPLOI

DU \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année Au \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année

TEMPS PLEIN   
TEMPS PARTIEL

Nombre approximatif d'heures ou de mois consacrés à chacun des domaines suivants pendant la période d'emploi mentionnée ci-dessus :

DOMAINES	CABINETS COMPTABLES	EMPLOYEURS AUTRES QU'UN CABINET COMPTABLE
	NOMBRE D'HEURES	NOMBRE DE MOIS
Missions de vérification		
Missions d'examen		
Missions de compilation		
Fiscalité		
Comptabilité générale		
Comptabilité de gestion		
Gestion de systèmes d'information		
Finance		
Autres		

**LES QUESTIONS QUI SUIVENT S'ADRESSENT AUX CABINETS D'EXPERTS-COMPTABLES UNIQUEMENT.**

Le travail du postulant a-t-il été exécuté dans le cadre des travaux habituels d'expertise comptable du cabinet ou du bureau?

Oui  Non

Dans la négative, veuillez fournir les précisions nécessaires à l'évaluation des fonctions exercées.

---

---

---

Le postulant a-t-il dû exercer son jugement professionnel et indépendant dans le cadre de ses responsabilités?

Oui  Non

Le postulant avait-il le pouvoir de signer des états financiers vérifiés afin d'ajouter de la crédibilité à des informations financières auxquelles pourraient se fier les utilisateurs de ces informations financières et d'autres membres du public ou de fournir une assurance à l'égard de celles-ci?

Oui  Non

**RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS**

Veuillez fournir ci-dessous tout autre renseignement sur l'expérience de travail acquise par le postulant pendant qu'il était au service de votre cabinet ou organisation qui pourrait s'avérer utile dans le processus d'évaluation de l'Ordre des comptables agréés du Québec (indiquez ces renseignements dans un document distinct, si cela vous convient mieux). De plus, veuillez formuler, concernant le caractère et la conduite du postulant, tout commentaire qui, à votre avis, serait utile à l'Ordre des comptables agréés du Québec dans son étude de la demande du candidat.

---

---

---

SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE À REMPLIR CE FORMULAIRE

NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

DATE

POSTE OCCUPÉ

**Veuillez 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<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3A 2S3

À l'attention de : Andrée Daoust, CA  
Directrice adjointe