

## Demande d'admission comme membre

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

N° de client :

Frais d'admission – Paiement ci-joint

Madame  Monsieur

NOM DE FAMILLE (selon le certificat de naissance) :

PRÉNOM USUEL : \_\_\_\_\_ (au long) TOUS LES PRÉNOMS : \_\_\_\_\_ (selon le certificat de naissance)

DATE DE NAISSANCE : Année \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Jour \_\_\_\_ LANGUE(S) PARLÉ(E)S : Français  Anglais  STATUT : Citoyen canadien  Immigrant reçu

LANGUE DE CORRESPONDANCE : Français  Anglais  ADRESSE DE CORRESPONDANCE PRÉFÉRÉE : Domicile  Employeur  Pas de correspondance

ADRESSE PERMANENTE – Est-ce une nouvelle adresse? Oui  Non

N° : \_\_\_\_\_ rue  avenue  boul.  chemin  App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone à domicile : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Téléphone au bureau : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

COURRIEL DE CORRESPONDANCE : \_\_\_\_\_

### EMPLOYEUR

À l'usage de l'Ordre

N° DE L'EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE

N° : \_\_\_\_\_ rue  avenue  boul.  chemin  Bureau : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, poste \_\_\_\_\_ Ligne directe (s'il y a lieu) : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS

Nous, soussignés, membres de l'Ordre des comptables agréés du Québec, recommandons le(la) candidat(e) et déclarons le(la) tenir pour une personne de bonne réputation et de bonnes mœurs et digne d'être admise à l'Ordre.

\_\_\_\_\_  
(Nom en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
CA – N° de membre

\_\_\_\_\_  
(Nom en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
CA – N° de membre

\_\_\_\_\_  
(Nom en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
CA – N° de membre

### AUTORISATION

J'autorise l'Ordre à communiquer mes coordonnées personnelles :

- a) à des partenaires d'affaires avec qui l'Ordre a négocié des ententes commerciales spécifiques; Oui  Non   
 b) à l'ICCA afin de recevoir ses offres de biens et de services; Oui  Non   
 c) aux fins de la publication des répertoires de l'Ordre et de l'ICCA; Oui  Non   
 b) à la Fondation des comptables agréés du Québec. Oui  Non

À défaut d'avoir coché les cases appropriées, votre autorisation de divulgation de votre adresse professionnelle sera réputée.

### DÉCLARATION ET SIGNATURE DU CANDIDAT (à compléter obligatoirement)

Je, soussigné, demande par la présente qu'un permis me soit délivré en vertu de l'article 1 du Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des comptables agréés du Québec et que mon nom soit porté au Tableau des membres de l'Ordre. Je m'engage à respecter la Loi sur les comptables agréés, le Code des professions, le Code de déontologie de l'Ordre et tout règlement dûment adopté par le Bureau de l'Ordre.

J'AI FAIT MON STAGE CHEZ :

\_\_\_\_\_ du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

#### OBLIGATOIRE : EN VERTU DE L'ARTICLE 45.2 DU CODE DES PROFESSIONS

- a) J'ai été déclaré coupable d'une infraction criminelle au Canada ou dans un autre pays. Répondez non si vous avez obtenu le pardon. Si oui, veuillez nous faire parvenir une copie conforme de l'acte d'accusation et du jugement. Oui  Non  Info déjà fournie   
 b) J'ai fait l'objet d'une décision disciplinaire devant un ordre professionnel autre que l'OCAQ au Canada ou dans un autre pays. Si oui, veuillez nous faire parvenir une copie conforme de la plainte et de la décision afin de nous permettre d'étudier votre dossier. Oui  Non  Info déjà fournie

Je déclare avoir fait cession de mes biens ou avoir fait l'objet d'une ordonnance de séquestre au sens de la Loi sur la faillite pour laquelle je n'ai pas encore été libéré jusqu'à ce jour. Oui

Il est entendu que l'Ordre utilisera les informations personnelles recueillies sur ce formulaire aux fins de la gestion des dossiers des membres et que toute information sera traitée confidentiellement.

Mon dossier sera conservé à la Direction – Vie professionnelle et administration.

Et j'ai signé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Lorsque ma demande sera acceptée, veuillez inscrire mes prénom et nom sur mon permis de la façon suivante, conformément aux exigences légales (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

#### À L'USAGE DE L'ORDRE

Frais d'admission : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ Date de paiement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date d'admission : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CA – N° de membre : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Approuvé par : \_\_\_\_\_

## Confirmation d'une période de stage et Rapport sur l'expérience pratique

VEUILLEZ PRÉSENTER CE DOCUMENT EN MÊME TEMPS QUE LA DEMANDE D'ADMISSION COMME MEMBRE.

### COORDONNÉES D'IDENTIFICATION

N° de client :

Madame  Monsieur

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom usuel : \_\_\_\_\_  
(selon le certificat de naissance) (selon le certificat de naissance)

Adresse permanente – Est-ce une nouvelle adresse?  Oui  Non Date de naissance : année \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_  rue  avenue  boul.  chemin \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone à domicile : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Téléphone au bureau : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cellulaire : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel de correspondance : \_\_\_\_\_

### 1- PRÉCISEZ LES DATES DE LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ TRAVAILLÉ CHEZ CE MAÎTRE DE STAGE APRÈS LE BACCALAURÉAT

Du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Stage à temps plein : cinq heures et plus travaillées par jour, à raison de cinq jours par semaine.  
ANNÉE MOIS JOUR

Au : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Stage à temps partiel : \_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR moins de cinq jours par semaine. (Après le stage, prière de remplir l'Annexe E)

OU  TOUJOURS À L'EMPLOI  Stage à l'étranger : (reconnaissance maximum de six mois selon certaines conditions)  
**TRÈS IMPORTANT** : Toute partie de stage effectuée ailleurs qu'au Canada et aux Bermudes doit être approuvée par l'Ordre au préalable.

**À NOTER**  
CINQ HEURES ET PLUS = 1 JOURNÉE  
ENTRE TROIS ET CINQ HEURES = 1/2 JOURNÉE  
MOINS DE TROIS HEURES = 0 JOURNÉE

### 2- PRÉCISEZ LE NOMBRE TOTAL DE JOURS OUVRABLES D'ABSENCE CHEZ CE MAÎTRE DE STAGE. NE PAS INCLURE LES JOURS FÉRIÉS.

Vacances : \_\_\_\_\_ jours Maladie : \_\_\_\_\_ jours Autres : \_\_\_\_\_ jours Essai (académique) si approprié : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Congé d'études : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nombre total de jours ouvrables d'absence : \_\_\_\_\_

### 3- PRÉCISEZ LE NOMBRE TOTAL DE JOURS OUVRABLES DE FORMATION TECHNIQUE DISPENSÉE PAR LE MAÎTRE DE STAGE. TOTAL : \_\_\_\_\_

### 4- DÉTAILLEZ LE NOMBRE D'HEURES DE SERVICES PROFESSIONNELS RENDUS DANS CHACUNE DES CATÉGORIES.

TOTAL DE 2 500 HEURES DE SERVICES PROFESSIONNELS

TOTAL DES HEURES CUMULÉES PAR CATÉGORIES (heures facturables et non facturables)	UN MINIMUM DE 1 250 HEURES		UN MINIMUM DE 100 HEURES EN FISCALITÉ	AUTRES (INCLUANT LES MISSION DE COMPILATION)	TOTAL
	UN MINIMUM DE 625 HEURES EN VÉRIFICATION	MISSION D'EXAMEN			

### SIGNATURE DU CANDIDAT

J'atteste de la véracité des informations indiquées dans la présente annexe.

Signature du candidat : \_\_\_\_\_ Date : année \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_

### RAPPORT DU MAÎTRE DE STAGE SUR L'EXPÉRIENCE PRATIQUE

Raison sociale de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

À L'USAGE DE L'ORDRE  
N° DE L'EMPLOYEUR

Nous confirmons que ce candidat a accumulé le nombre d'heures de services professionnels indiqué au point 4 ci-dessus. Oui  Non

À notre avis et selon les critères ci-après, ce candidat s'est montré digne de la profession pendant toute la durée du stage. Oui  Non

**Critères** : Conscience professionnelle et intégrité; compétence; relations humaines et communications; discipline personnelle et objectivité.

**Nous estimons que l'expérience pratique acquise par le candidat répond aux exigences en matière d'expérience pratique en vue de l'admission à l'Ordre des comptables agréés du Québec, et notamment :**

1. Les heures d'expérience accumulées par le candidat ont été consacrées à l'acquisition d'un certain nombre des compétences particulières énoncées dans la *Grille de compétences des candidats à l'EFU* disponible sur le site Internet de l'ICCA; Oui  Non

2. Le candidat a régulièrement passé en revue, avec son superviseur, sa progression au regard de l'acquisition des compétences requises du CA débutant selon la *Grille de compétences des candidats à l'EFU*; Oui  Non

3. Tous les travaux du candidat ont été adéquatement supervisés et effectués sous la supervision générale de professionnels compétents relevant du maître de stage agréé soussigné. Oui  Non

NOTE : S'il y a d'autres renseignements que l'Ordre devrait connaître au sujet du candidat, veuillez les fournir en annexe.

**Nous attestons de la véracité des informations indiquées dans le présent formulaire.**

Signature de l'associé ou du praticien : \_\_\_\_\_ CA – N° de membre : \_\_\_\_\_

Date : année \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_

### PERSONNE-RESSOURCE AVEC QUI L'ORDRE POURRAIT COMMUNIQUER POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### 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 (CEP), 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 stage, du Programme de formation professionnelle et de l'Évaluation uniforme (EFU). 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** la présente annexe en vue de demeurer inscrit comme candidat à l'exercice de la profession.

## Demande d'admission comme membre

Votre demande d'admission sera traitée dès réception des documents suivants dûment remplis et signés :

- le formulaire *Demande d'admission comme membre*;
- le formulaire *Confirmation d'une période de stage*;
- le formulaire *Serment d'office ou affirmation solennelle*;
- le paiement des frais d'admission (voir facture ci-dessous).

### FACTURE – FRAIS D'ADMISSION

N° de client :	Date :	Montant dû : 512,66 \$
----------------	--------	------------------------

• Frais d'admission	450,00 \$
• TPS	22,50
• TVQ	40,16
• <b>Total</b>	<b>512,66 \$</b>

Les frais d'admission ne sont pas déductibles aux fins de l'impôt sur le revenu.

TPS : R107803009 – TVQ : 1006163536

**La cotisation annuelle vous sera facturée dès votre inscription au Tableau des membres de l'Ordre des comptables agréés du Québec.**

#### Paiement inclus :

Oui Montant : \_\_\_\_\_ \$

Comptant

Chèque SVP faire le chèque au nom de : **Ordre des comptables agréés du Québec ou OCAQ.**  
Veuillez inscrire votre numéro de client au recto du chèque.

Chèque de société/entreprise  Chèque personnel

Visa  MasterCard

N° de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Nom du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_  
[nom]

jure ou affirme solennellement que je remplirai les devoirs de la profession de comptable agréé avec honnêteté, fidélité et justice.

Je maintiendrai dans mes actes et mes paroles une attitude et une conduite respectueuse, dignes de la profession.

J'exécuterai fidèlement les mandats qui me seront confiés.

Je respecterai le secret professionnel.

Je me conformerai au *Code de professions*, à la *Loi sur les comptables agréés* et aux règlements de l'Ordre et j'aurai toujours le souci de ne pas compromettre l'honneur et la dignité de la profession dans laquelle je m'engage aujourd'hui.

\_\_\_\_\_  
[signature]

Assermenté ou déclaré solennellement devant moi

À \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Commissaire à l'assermentation

---

---

**OATH OR SOLEMN AFFIRMATION OF OFFICE  
OF CHARTERED ACCOUNTANT**

I, \_\_\_\_\_  
[Name]

do swear or solemnly declare that I will fulfil the duties of the profession of chartered accountant with honesty, integrity and justice.

In word and deed I will display a respectful attitude and behavior worthy of the profession.

I will faithfully execute all mandates entrusted to me.

I will observe professional secrecy.

I will comply with the *Professional Code*, the *Chartered Accountants Act* and the regulations of the Ordre, always bearing in mind my duty not to compromise the honour and dignity of the profession which I enter this day.

\_\_\_\_\_  
[Signature]

Sworn to or solemnly declared before me

In \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Commissioner for oaths