

## CERTIFICAT DE STATUT PROFESSIONNEL

### IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ RÉGLEMENTAIRE ET DE SON REPRÉSENTANT AUTORISÉ

Nom de l'autorité réglementaire et de la juridiction :

Nom du représentant autorisé :

Adresse :

Téléphone :

Courriel (« e-mail ») :

### IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom :

Prénom :

Numéro de permis (enregistrement, licence, inscription) :

### INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT

*Je, soussigné, représentant dûment autorisé de l'autorité réglementaire, confirme ce qui suit concernant le statut professionnel du candidat (joindre des feuilles séparées au besoin) :*

1. Le candidat est (a été) détenteur d'une autorisation (permis, licence, inscription) d'exercer l'optométrie de \_\_\_\_\_ (j/m/a) à \_\_\_\_\_ (en cours ou j/m/a), qui consistait en un :

Permis (licence, certificat) régulier

Autre permis (académique, temporaire, courtoisie, spécial, etc.)

Le candidat exerce (a exercé) l'optométrie depuis (de) \_\_\_\_\_ (j/m/a) à \_\_\_\_\_ (en cours ou j/m/a).

Détails :

2. Si le candidat n'est plus membre, veuillez indiquer les motifs :

Démission

Mesure administrative

Sanction disciplinaire

Autre

Détails :

3. Le candidat a-t-il (avait-il) l'autorisation d'administrer et de prescrire des médicaments dans votre juridiction ?

Oui, à des fins diagnostiques et thérapeutiques

Oui, à des fins diagnostiques seulement

Non

Détails :

4. Le candidat est-il (était-il) soumis à une obligation de formation continue ?

Oui

Non

Si oui, quel est l'état du dossier du candidat (nombre d'heures complétées, période de référence, etc.) ?

5. Le candidat a-t-il déjà fait l'objet d'une inspection professionnelle (évaluation de la compétence, revue de pratique, etc.) ? Oui      Non	
Si oui, cette inspection a-t-elle révélé des problèmes ? Oui      Non	
Détails :	
6. Le candidat fait-il présentement (a-t-il déjà fait) l'objet de mesures disciplinaires ou administratives en relation avec des fautes professionnelles, des problèmes de compétence, de conduite, etc. ? Oui      Non	
Détails :	
<b>SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'AUTORITÉ RÉGLEMENTAIRE</b>	
Signature :	Date :
Veuillez apposer le sceau de l'autorité réglementaire, si disponible.	

**N.B. :**

Il appartient au candidat de demander et de donner le consentement à l'autorité réglementaire responsable pour que le présent certificat soit complété et transmis directement à :

**Ordre des optométristes du Québec :**  
**1265, rue Berri, bureau 505,**  
**Montréal (Québec)**  
**H2L 4X4**  
**Canada**  
**Courriel : [info@ooq.org](mailto:info@ooq.org)**

## CERTIFICATE OF PROFESSIONAL STATUS

### IDENTIFICATION OF THE REGULATORY AUTHORITY AND ITS AUTHORIZED REPRESENTATIVE

Name of the regulatory authority and jurisdiction:

Name of authorized representative:

Address:

Telephone:

Email:

### IDENTIFICATION OF APPLICANT

Family name:

First name:

Permit no. (registration, licence, registration):

### INFORMATION ABOUT THE APPLICANT

*I, the undersigned, duly authorized representative of the regulatory authority, confirm the following with respect to the professional status of the applicant (attach additional pages if necessary):*

1. The applicant is (was) holder of an authorization (permit, licence, registration) to practice optometry from \_\_\_\_\_ (d/m/y) to \_\_\_\_\_ (current or d/m/y), which consisted of a:

Regular permit (licence, certificate)      Other permit (academic, temporary courtesy, special, etc.)

The applicant practices (practiced) optometry since (from) \_\_\_\_\_ (d/m/y) to \_\_\_\_\_ (current or d/m/y).

Details:

2. If the applicant is no longer a member, please indicate the reasons:

Resignation      Administrative measure      Disciplinary penalty      Other

Details:

3. Does (did) the applicant have the authorization to administer and prescribe medications in your jurisdiction?

Yes, for diagnostic and therapeutic purposes      Yes, for diagnostic purposes only      No

Details:

4. Is or was the applicant subject to a continuing education requirement?

Yes      No

If yes, what is the status of the applicant's record (number of hours completed, reference period, etc.)?

5. Has the applicant ever been the object of a professional inspection (evaluation of competence, review of practice, etc.)?:

Yes      No

If yes, did this inspection reveal any problems?

Yes      No

Details:

6. Is the applicant now (or has the applicant ever been) the subject of disciplinary or administrative measures with regard to professional malpractice, problems of competence, conduct, etc.?

Yes      No

Details:

### SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE OF THE REGULATORY AUTHORITY

Signature:

Date:

Please affix the seal of the regulatory authority, if available.

**N.B.:**

It is the responsibility of the applicant to request and give the required consent to the regulatory authority responsible for this certificate to be issued and sent directly to the :

**Ordre des optométristes du Québec**  
**1265 Berri, Suite 505**  
**Montréal, (Québec),**  
**H2L 4X4**  
**CANADA**  
**Email: [info@ooq.org](mailto:info@ooq.org)**