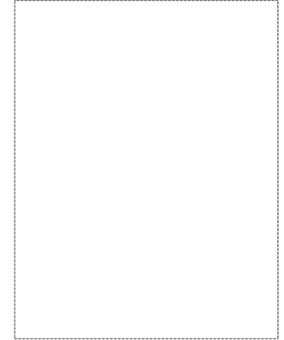


REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE, JOINDRE LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES MENTIONNÉS CI-DESSOUS :

- Photo format passeport (3,5 cm x 4,5 cm). Insérer la photo dans le cadre ci-contre.
- Copie du certificat de naissance ou copie du passeport.
- Chèque, mandat-poste ou carte de crédit couvrant les frais d'ouverture de dossier et l'inscription au Tableau des membres.

Seuls les formats de fichiers **PDF et JPG** sont acceptés pour la transmission des documents et il est de votre responsabilité de convertir vos documents dans l'un ou l'autre de ces formats.



Prenez note que l'Ordre délivrera votre permis lorsqu'il aura reçu **toutes les informations requises et conformes**, les vôtres et celles du cégep (**délai de traitement de 5 jours minimum**).

Renseignements personnels

Les renseignements personnels demandés sont nécessaires à l'exercice des attributions de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). Ils sont recueillis aux fins d'inscription au Tableau des membres de l'Ordre, de contrôle de l'exercice de la profession, de la protection du public et de statistiques. Seul le personnel autorisé de l'OPIQ et toute autre personne autorisée à les obtenir en vertu de la loi peuvent y accéder.

Vous n'êtes cependant pas tenu(e)s de fournir les renseignements demandés aux **sections identifiées « FACULTATIF »**. Ces données sont recueillies à des fins stratégiques et pour dresser un portrait de la profession.

Pour plus de détails sur la gestion de vos renseignements personnels par l'Ordre, incluant la procédure d'accès et de rectification, consultez le [Cadre de gouvernance à l'égard des renseignements personnels, de l'accès à l'information et de la sécurité de l'information](#).

IDENTIFICATION, ADRESSE DE RÉSIDENCE ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| Nom | | Prénom | |
| Adresse | | | |
| Ville | | Province | Code postal |
| Téléphone | | Cellulaire | |
| Date de naissance | Sexe | <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire |
| Langue principale au travail | <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Anglais | |

COURRIEL DE COMMUNICATION

| | |
|----------------------|---|
| Adresse électronique | Le Code des professions oblige tous les professionnels à fournir une adresse courriel valide, établie à leur nom. L'OPIQ utilisera cette adresse pour correspondre avec vous. |
|----------------------|---|

Consentement communications | FACULTATIF (EN TOUT TEMPS, IL VOUS SERA POSSIBLE DE VOUS DÉSABONNER)

Cochez les communications que vous souhaitez recevoir par courriel

- Je consens à recevoir la revue *l'inhalo* *
- Je consens à recevoir l'infolettre (congrès, formation continue, journée des responsables, etc.) *
- Je consens à recevoir les offres d'emploi *
- Je consens à recevoir les offres corporatives *

*Conformément à la Loi 25, l'OPIQ vous informe qu'il utilise un outil d'envoi de masse (Brevo) pour envoyer les communications électroniques ci-dessus. En cliquant sur l'une des cases, vous acceptez que nous transférions votre adresse courriel à cet outil.

Autre consentement

Je consens à partager mes coordonnées afin de recevoir les offres corporatives par courrier

FORMATION

DEC en Techniques d'inhalothérapie

INSTITUTION

 Équivalence / conditions rencontrées Cégep de Chicoutimi

Cégep de Sherbrooke

Année d'obtention _____

 Cégep de l'Outaouais

Cégep de Valleyfield

 Cégep de Rosemont

Collège Ellis

 Cégep de Sainte-Foy

Cégep Vanier

CETTE SECTION S'ADRESSE AUX ÉTUDIANTS POSSÉDANT UN DIPLÔME D'UN COLLÈGE DE LANGUE ANGLAISE

En vertu de l'art. 35 de la *Charte de la langue française*, (L.R.Q. c. C-11) « Les ordres professionnels ne peuvent délivrer de permis au Québec qu'à des personnes ayant de la langue une connaissance appropriée à l'exercice de leur profession. »

Répondez à l'une ou l'autre des questions suivantes :

OUI 1° Avez-vous suivi, à temps plein, au moins 3 années d'enseignement de niveau secondaire ou post-secondaire dispensé en français ? (Une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier)

OU

OUI 2° Avez-vous réussi les examens de français langue maternelle de la 4e ou de la 5e année du cours secondaire ? (Personne ayant étudié en anglais ou dans une autre langue. Une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier)

OU

OUI 3° Avez-vous obtenu, au Québec, un certificat d'études secondaires qui n'est pas antérieur à l'année scolaire 1985-1986 ? (Une photocopie de la preuve est nécessaire au dossier)

OU

NON Si aucune des conditions susmentionnées ne s'applique, en ce cas, **vous devez réussir l'examen de français de l'Office québécois de la langue française.**

RENSEIGNEMENTS DISCIPLINAIRES | En vertu de l'article 45.2 du *Code des professions*

Avez-vous fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un autre ordre professionnel ou d'une autre association du Québec ou à l'étranger vous imposant une sanction ?

OUI Si oui, fournir en annexe la date de la décision, la nature de l'infraction, de même que la nature de la sanction canadienne ou étrangère de toute décision portée contre vous.

 NONRENSEIGNEMENTS JUDICIAIRES | En vertu de l'article 45.2 du *Code des professions*

Avez-vous fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ? (Répondez non si vous avez obtenu un pardon)

OUI Si oui, fournir en annexe la date du jugement, le numéro de dossier de la cour, une copie de la décision judiciaire et vos explications écrites sur les circonstances (contexte) ayant conduit à la commission de l'infraction.

 NONANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | En vertu de l'article 48 du *Code des professions*

Souffrez-vous actuellement d'un trouble de l'état physique (y compris un problème de toxicomanie) incompatible avec l'exercice de l'inhalothérapie, ou qui, s'il n'est pas traité, pourrait être incompatible avec l'exercice de l'inhalothérapie ?

OUI Si oui, veuillez fournir tous les renseignements pertinents y compris un certificat de votre médecin traitant confirmant le diagnostic et votre état de santé à M^e Andrée LeBel.

 NON

Avez-vous déjà souffert d'un trouble de l'état physique ou psychique incompatible avec l'exercice de l'inhalothérapie (y compris un problème de toxicomanie), ou qui, s'il n'avait pas été traité aurait été incompatible avec l'exercice de l'inhalothérapie ?

OUI Si oui, veuillez fournir tous les renseignements pertinents y compris un certificat de votre médecin traitant confirmant le diagnostic et votre état de santé à M^e Andrée LeBel.

 NON

FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE

Nous vous invitons à consulter le [Guide d'application du Règlement sur la formation continue](#) sur notre site internet www.opiq.qc.ca

LIEU PRINCIPAL D'EXERCICE ET DOMICILE PROFESSIONNEL | En vertu de l'article 60 du *Code des professions***Exemple de nom d'installation valide**

Réponse : Hôpital de Hull

Exemple de nom d'installation invalide

Réponse : CISSS de l'Outaouais

Nom de l'installation où vous exercez principalement vos activités

Téléphone

Poste

Facultatif

Télécopieur

Titre de l'emploi

Secteur d'activité principale**Secteur d'activité secondaire****Secteur d'activité secondaire****Secteur d'activité secondaire**

Code du secteur

Code du secteur

Code du secteur

Code du secteur

2° LIEU DE TRAVAIL

Nom de l'installation

Facultatif

Téléphone

Poste

Titre de l'emploi

Code du secteur
d'activité

| Titre d'emploi | | | | | |
|---------------------|---|-----|---|-----|---|
| 110 | Enseignant(e) | 115 | Autre | 125 | Conseiller clinique |
| 111 | Chef de service | 116 | Chef de programmes | 126 | Direction des services |
| 112 | Assistant chef inhalothérapeute | 118 | Coordonnateur (CEGEP) | 127 | Coordonnateur technique |
| 113 | Inhalothérapeute | 120 | Coordonnateur de programme | | |
| 114 | Coordonnateur clinico-administratif | 124 | Chargé d'enseignement clinique | | |
| Secteur d'activités | | | | | |
| 300 | Soins cardiorespiratoires généraux (O2, humidité, traitement) | 311 | Recherche | 324 | Laboratoire de simulation |
| 301 | Soins critiques et urgences (soins à l'urgence, ass.ventilatoire) | 312 | Clinique de gestion de la douleur | 325 | Dépistage |
| 302 | Assistance anesthésique | 313 | Calorimétrie | 326 | Administration d'un vaccin |
| 303 | Épreuves diagnostiques de la fonction respiratoire | 314 | Autre | 327 | Prévention de la maladie/promotion de la santé cardiorespiratoire |
| 304 | Cardiologie et hémodynamie | 317 | Gestion (responsable, coordonnateur, ...) | 328 | Évaluation prévacinale |
| 305 | Épreuves diagnostiques du sommeil | 319 | Groupe de médecine de famille (GMF) | 329 | Enseignement formation initiale |
| 306 | Soins à domicile | 320 | Épreuves diagnostiques de la fonction cardiaque (effort) | 330 | Enseignement cessation tabagique |
| 309 | Rééducation respiratoire | 322 | Enseignement aux pairs, professionnels, stagiaires et RCR | 331 | Vente d'équipements/produits |
| 310 | Enseignement aux patients et à la famille (Asthme, etc...) | 323 | Sédation-analgésie | | |

DOMICILE PROFESSIONNEL / ATTESTATION DE VÉRACITÉ (DÉCLARATION OBLIGATOIRE)**OBLIGATOIRE ! Lisez attentivement, cochez et signez.**

- Je comprends que le domicile professionnel est le lieu où j'exerce principalement ma profession et que cette information (adresse et numéro de téléphone) est accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- Je comprends que si je ne fournis pas à l'Ordre un lieu de travail principal, mon adresse personnelle deviendra mon domicile professionnel et sera accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de domicile **dans les 30 jours** à compter du changement.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de statut **immédiatement** lors d'une modification à ma situation professionnelle.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre dans les 10 jours à compter de celui où je suis informé, d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq (5) ans d'emprisonnement ou plus.
- Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance.

DATE

SIGNATURE MANUSCRITE (OBLIGATOIRE)

INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES

| <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cocher la catégorie qui s'applique à votre situation | Frais ouverture de dossier | Cotisation | TPS 5% | TVQ 9,975% | Assurance responsabilité professionnelle | Contribution obligatoire au financement de l'Office des professions du Québec | TOTAL À PAYER | | |
|---|----------------------------|------------|----------|------------|--|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | | | | | | | Paiement en un seul versement | Paiement en 2 versements | |
| | | | | | | | | 1 ^{er} versement | 2 ^e versement |
| <input type="checkbox"/> Membre actif privé avec assurance | 100,00 \$ | 492,00 \$ | 29,60 \$ | 59,05 \$ | 64,13 \$ | 35,00 \$ | 779,78 \$ | 519,94 \$ | 282,84 \$ |
| <input type="checkbox"/> Membre actif public avec assurance | 100,00 \$ | 492,00 \$ | 29,60 \$ | 59,05 \$ | 15,08 \$ | 35,00 \$ | 730,73 \$ | 470,89 \$ | 282,84 \$ |
| <input type="checkbox"/> Membre non actif (sans assurance) | 100,00 \$ | 278,00 \$ | 18,90 \$ | 37,71 \$ | | 35,00 \$ | 469,61 \$ | 332,79 \$ | 159,82 \$ |

Un membre non actif n'est pas autorisé à poser d'activités professionnelles (voir alinéa 7 de l'article 37.1 du Code des professions)

PAIEMENT

Chèque Veuillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (ou OPIQ) et **inscrire votre nom sur le chèque**

1 VERSEMENT

Date de votre chèque : date du jour

2 VERSEMENTS PAR CHÈQUE

(Le paiement en 2 versements est disponible seulement pour les personnes diplômées avant le 1^{er} septembre 2025)

Dates de vos chèques : date du jour
1^{er} septembre 2025

VISA MASTERCARD

L'Ordre vous contactera pour obtenir les informations de votre carte de crédit, mais vous devez signer ci-dessous pour autoriser le prélèvement.

Signature manuscrite du titulaire (obligatoire) : _____

INFORMATIONS

- Transmettre ce formulaire à l'adresse courriel suivante : inscription@opiq.qc.ca
- IMPORTANT ! Vous devez renouveler votre permis de pratique annuel avant le **1er avril**. Vous recevrez par courriel, au mois de février de chaque année, un avis de renouvellement au Tableau des membres.
- *Vous voulez modifier les informations de votre dossier lorsque vous êtes inscrits au Tableau des membres ?* Cliquez sur le bouton **Accéder** de la **ZONE DES MEMBRES** sur la page d'accueil de notre site internet : www.opiq.qc.ca et suivre les consignes.
- *Vous avez des questions ?* Faites-les parvenir par courriel à l'adresse suivante : info@opiq.qc.ca