



**OTPADQ**

Ordre des technologues  
en prothèses et appareils  
dentaires du Québec

500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 900  
Montréal (Québec) H3A 3C6

514-282-3837 poste 2042

[www.otpadq.com](http://www.otpadq.com) – [secretariat@otpadq.com](mailto:secretariat@otpadq.com)

**DEMANDE DE PERMIS DE TECHNOLOGUE EN PROTHÈSES ET APPAREILS  
DENTAIRES DU QUÉBEC – ARM**

**IDENTIFICATION**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :

Féminin

Masculin

Langue parlée :

Français

Anglais

Autre : \_\_\_\_\_

**Ce formulaire est un PDF  
interactif.**

**Il doit être complété directement  
dans le pdf.**

**Svp nous retourner le formulaire  
en format PDF par courriel à  
[secretariat@otpadq.com](mailto:secretariat@otpadq.com)**

**Coordonnées résidentielles**

_____	_____	_____
Adresse	Ville	Région administrative
_____	_____	_____
Pays	Province	Code postal
_____	_____	_____
Téléphone	Cellulaire	Courriel

**ÉTUDES (Veuillez indiquer seulement les diplômes en lien avec la technique en prothèses dentaires)**

Domaine du diplôme : \_\_\_\_\_

Degré du diplôme : \_\_\_\_\_

Titre du diplôme : \_\_\_\_\_

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_

Année de diplomation : \_\_\_\_\_

Pays et ville : \_\_\_\_\_

Domaine du diplôme : \_\_\_\_\_

Degré du diplôme : \_\_\_\_\_

Titre du diplôme : \_\_\_\_\_

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_

Année de diplomation : \_\_\_\_\_

Pays et ville : \_\_\_\_\_

## LIEUX D'EXERCICE PROFESSIONNEL (si applicable)

Nom de l'organisation : \_\_\_\_\_

Adresse

Ville

Pays

Province

Code postal

Courriel

Cellulaire

Téléphone

### Détails de l'emploi

Date de début de l'emploi : \_\_\_\_\_

## LIEN D'EMPLOI

Propriétaire

Employé(e) temps plein

Employé(e) temps partiel

Employé(e) occasionnel

## TITRE D'EMPLOI

Auxiliaire

Directeur

Enseignant

Représentant

Autre

Secteur (s) d'activité (s) dans lequel vous travaillez ou avez travaillé principalement.

Appareil orthodontique et spécialisé

Prothèse amovible squelettée

Enseignement

Prothèse fixe (dento et implanto portée)

Lecture radiographique et conception de guide chirurgical

Sélection de couleur dento-prothétique

Prothèse amovible (muco et implanto portée)

Vente

### PERMIS D'EXERCICE ANTÉRIEUR(S) ET COURANT(S)

Énumérez-le(s) pays où vous avez déjà obtenu un permis d'exercice de technicien dentaire ou autre permis conduisant à l'exercice d'une profession.

Organisation délivrant le permis : \_\_\_\_\_

Pays - territoire : \_\_\_\_\_

Type de permis : \_\_\_\_\_

Période : De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Organisation délivrant le permis : \_\_\_\_\_

Pays - territoire : \_\_\_\_\_

Type de permis : \_\_\_\_\_

Période : De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

### CONNAISSANCE DU FRANÇAIS

En vertu de la Charte de la langue française tous les professionnels québécois doivent avoir une connaissance suffisante du français

Avez-vous suivi à temps complet au moins trois années d'enseignement de niveau secondaire ou postsecondaire dispensé en français?

Oui  
 Non

Avez-vous réussi les examens de français langue maternelle de la quatrième ou de la cinquième année du cours secondaire québécois?

Oui  
 Non

Depuis 1986, avez-vous obtenu un certificat d'études secondaires au Québec?

Oui  
 Non

Détenez-vous une attestation délivrée par l'Office québécois de la langue française ou une attestation définie comme équivalente par règlement du gouvernement?

Oui  
 Non

## DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES

Faites-vous actuellement l'objet d'une plainte disciplinaire devant un conseil de discipline d'un ordre professionnel?

Oui       Non

Si oui, joindre une copie de la plainte.

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un ordre professionnel? Si oui, joindre une copie de la décision finale.

Oui       Non

Vous a-t-on déjà révoqué, limité ou suspendu votre permis d'exercice ?

Oui       Non

Si oui, donnez les détails et joindre une copie de la décision.

---

---

Avez-vous déjà fait l'objet d'une radiation provisoire, temporaire ou permanente?

Oui       Non

Si oui, donnez les détails et joindre une copie de la décision.

---

---

Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercice professionnel au Canada ou dans un autre pays?

Oui       Non      Si oui, expliquez les faits.

---

---

## INFRACTIONS CRIMINELLES

Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle au Canada ou dans un autre pays?

Oui       Non

Si oui, exposez les faits et joindre une copie du jugement de la Cour, le cas échéant.

---

---

## COMMUNICATIONS ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En plus des communications essentielles, j'accepte de recevoir les communications promotionnelles en provenance de l'Ordre, incluant les privilèges et opportunités professionnelles.

Oui       Non

J'accepte que l'Ordre communique mon nom et les coordonnées de mon domicile professionnel à des tiers qui opèrent des activités éducatives, professionnelles, commerciales ou philanthropiques liées au monde de la technique dentaire.

Oui       Non

J'accepte que l'Ordre communique mon nom et les coordonnées de mon domicile professionnel à des tiers qui opèrent à des activités professionnelles, commerciales ou philanthropiques qui ne sont pas liées au monde de la technique dentaire.

Oui       Non

## PRÉFÉRENCE DE COMMUNICATIONS

Coordonnées déclarées à la section Identification

---

Adresse                      -                      Ville                      -                      Province                      -                      Pays

---

Code postal                      -                      Courriel                      -                      Téléphone

Langue de correspondance :

Français                       Anglais                       Autre : \_\_\_\_\_

## ATTESTATION DE VÉRACITÉ

J'affirme solennellement que les déclarations contenues dans le présent document sont conformes à la vérité et j'autorise toute vérification nécessaire.

Date : \_\_\_\_\_

Signature du candidat : \_\_\_\_\_

## DOCUMENTS REQUIS

- Une photo d'une pièce d'identité avec photo (permis de conduire, carte d'assurance-maladie, passeport)
- Copie des plaintes disciplinaires, décisions disciplinaires ou condamnations criminelles vous concernant (si applicable) ;
- Paiement des frais obligatoires.

Un des documents suivants (copie certifiée officielle ou preuve d'obtention):

- Une copie certifiée officielle de diplôme ou preuve de l'obtention d'un brevet professionnel de prothésiste dentaire;
- Un baccalauréat professionnel prothèse dentaire délivré par le ministère de l'Éducation nationale ;
- Une copie certifiée officielle de diplôme ou preuve de l'obtention d'un brevet technique des métiers de prothésiste dentaire, un brevet technique des métiers supérieurs de prothésiste dentaire, un brevet de maîtrise de prothésiste dentaire ou un brevet de maîtrise supérieure de prothésiste dentaire délivré par une chambre de métier et de l'artisanat par délégation du président de l'Assemblée permanente des chambres de métiers et de l'artisanat;
- Une lettre de conformité du titre émise par l'Assemblée permanente des chambres de métiers et de l'artisanat de France, le cas échéant;

**Votre dossier sera analysé seulement sur réception de l'ensemble des documents requis et du paiement des frais obligatoires.**

## PAIEMENT

Paiement de 517,39 \$ (450 \$ plus taxes) pour l'ouverture et l'analyse du dossier.

**Les frais qui vous sont chargés ne sont que des frais d'ouverture de dossier. Les frais de cotisations (et autres frais obligatoires) vous seront chargés lors de votre acception à l'Ordre. Il vous faudra acquitter ces frais pour être inscrit au Tableau de l'Ordre.**

Carte de crédit

VISA

MASTER CARD

N° de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'exp. : \_\_\_\_\_

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

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Ce formulaire est un PDF interactif.**

**Il doit être complété directement dans le pdf.**

**Svp nous retourner le formulaire en format PDF par courriel à [secretariat@otpadq.com](mailto:secretariat@otpadq.com)**