

## Demande d'obtention de permis d'exercice ou de certificat de spécialiste

Demande pour une inscription en (mois/année) : \_\_\_\_\_

### NATURE DU PERMIS OU DU CERTIFICAT DEMANDÉ

Note : une demande séparée est nécessaire pour chaque type de permis, certificat ou inscription.

GÉNÉRAL   
  SPÉCIALITÉ \_\_\_\_\_ précisez \_\_\_\_\_  
 RESTRICTIF/TEMPORAIRE \_\_\_\_\_ précisez   
  RÉINSCRIPTION

Nom			
	NOM DE FAMILLE	PRÉNOMS	
ADRESSE DE PRATIQUE ACTUELLE :			
	RUE	BUREAU	VILLE
PROVINCE/ÉTAT	CODE POSTAL	TÉL.	TÉLÉC.    COURRIEL
ADRESSE DE RÉSIDENCE :			
	RUE	APPARTEMENT	VILLE
PROVINCE/ÉTAT	CODE POSTAL	TÉL.	TÉLÉC.    COURRIEL
DATE DE NAISSANCE :    jour/mois/année		LIEU DE NAISSANCE	
SEXE :	<input type="checkbox"/> FÉMININ	<input type="checkbox"/> MASCULIN	LANGUES PARLÉES :
			<input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> AUTRES/précisez
<p>Veillez fournir une copie conforme de votre acte de naissance. Vous devrez aussi présenter au responsable de l'admission, à votre choix, votre permis de conduire, votre carte d'assurance maladie ou votre passeport aux fins de vérification de votre identité.</p>			
<p>Le nom apparaissant sur votre acte de naissance ou sur votre diplôme diffère-t-il du nom ci-dessus?    OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, veuillez expliquer : _____</p> <p>Date et lieu du changement de nom : _____</p> <p>Veillez fournir une copie conforme de tout document juridique expliquant ou certifiant le changement, p. ex. un certificat de mariage, un décret ou une décision autorisant le changement de nom, etc.</p>			

### Section réservée à la régie interne :

Date de réception : \_\_\_\_\_ Demande approuvée par : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_ Date de délivrance : \_\_\_\_\_



**LE DENTISTE,  
LE DOCTEUR QUI VEILLE  
SUR VOTRE BOUCHE**

800, boulevard René-Lévesque Ouest  
Bureau 1640  
Montréal (Québec) H3B 1X9

TÉLÉPHONE : **514 875-8511** | 1 800 361-4887  
TÉLÉCOPIEUR : 514 393-9248  
SITE WEB : **www.odq.qc.ca**

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

## Demande d'obtention de permis d'exercice ou de certificat de spécialiste

### PHOTOGRAPHIE

Veillez fournir une photo de type passeport prise dans les six mois précédant la demande, signée au recto par vous et au verso par un témoin qui en reconnaît l'authenticité.

VOTRE SIGNATURE

### CONNAISSANCE DE LA LANGUE FRANÇAISE

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

Oui       Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de votre diplôme.

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

Oui       Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de votre diplôme.

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

Oui       Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de votre diplôme.

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

Oui       Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de l'attestation.

### ÉTUDES ANTÉRIEURES À LA FORMATION EN MÉDECINE DENTAIRE

NOM ET ADRESSE DU COLLÈGE OU DE L'UNIVERSITÉ	DIPLÔME OBTENU	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
		jour/mois/année	jour/mois/année
		jour/mois/année	jour/mois/année

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

## Demande d'obtention de permis d'exercice ou de certificat de spécialiste

### FORMATION EN MÉDECINE DENTAIRE

NOM ET ADRESSE DE L'UNIVERSITÉ	DIPLÔME OBTENU	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
		jour/mois/année	jour/mois/année
		jour/mois/année	jour/mois/année

Veuillez fournir une copie conforme de votre diplôme de médecine dentaire ou, pour les nouveaux diplômés ne détenant pas encore leur diplôme, l'original d'une lettre du doyen ou du vice-doyen de la Faculté attestant la réussite du programme. Note : s'il s'agit d'une réinscription, la présentation du diplôme n'est pas nécessaire.

### CERTIFICAT BNED

Déterminez-vous un certificat délivré par le Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED)?  
 OUI     NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie conforme et inscrire le numéro ici : \_\_\_\_\_

Depuis l'obtention de votre certificat du BNED, y a-t-il eu une période de cinq ans ou plus au cours de laquelle vous n'avez pas pratiqué la médecine dentaire de façon régulière et continue au Canada ou aux États-Unis?  
 OUI     NON

### FORMATION POST-DOCTORALE (résidence ou programme de spécialité)

NOM ET ADRESSE DE L'UNIVERSITÉ	DIPLÔME OBTENU	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
		jour/mois/année	jour/mois/année
		jour/mois/année	jour/mois/année

Veuillez fournir une copie conforme du diplôme obtenu dans le programme concerné ou, pour les nouveaux diplômés ne détenant pas encore leur diplôme, l'original d'une lettre du doyen de la Faculté ou du directeur de la formation post-doctorale concernée attestant la réussite du programme. Note : s'il s'agit d'une réinscription, la présentation du diplôme n'est pas nécessaire.

### FORMATION POST-DOCTORALE (ENSD)

Avez-vous réussi l'examen national de spécialité dentaire (ENSD) du Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada (CRCDC) :

OUI     NON

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

Spécialité : \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, veuillez demander au CRCDC de nous envoyer une lettre attestant votre réussite.

Depuis la fin d'un programme de spécialité agréé (Canada ou États-Unis) ou depuis votre évaluation et l'obtention du certificat de réussite d'une université canadienne approuvée, y a-t-il eu une période de cinq ans ou plus au cours de laquelle vous n'avez pas pratiqué la médecine dentaire spécialisée de façon régulière et continue au Canada ou aux États-Unis?

OUI     NON

### COURS D'ÉTHIQUE ET DE JURISPRUDENCE

Avez-vous suivi un cours d'éthique et de jurisprudence?     OUI     NON

Lieu et date : \_\_\_\_\_

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

## Demande d'obtention de permis d'exercice ou de certificat de spécialiste

### PERMIS D'EXERCICE ACTUELS OU ANTÉRIEURS

Avez-vous déjà pratiqué la médecine dentaire (ou toute autre profession) ou avez-vous déjà détenu un permis ou été inscrit pour l'exercice de la médecine dentaire (ou de toute autre profession)?

OUI (veuillez remplir le Formulaire A ci-joint)       NON

Dans l'affirmative, veuillez indiquer tous les endroits où vous avez pratiqué la médecine dentaire (ou toute autre profession) ou tous les endroits où vous avez déjà détenu un permis ou été inscrit pour l'exercice de la médecine dentaire (ou de toute autre profession). Veuillez préciser la nature de l'inscription ou du permis détenu, et la période d'inscription. Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.

Province, territoire, pays ou État	Nature de l'inscription		Période d'inscription	
			DE (jour/mois/année)	À (jour/mois/année)

Si vous avez pratiqué la médecine dentaire (ou toute autre profession) ou si vous avez déjà détenu un permis ou été inscrit pour l'exercice de la médecine dentaire (ou de toute autre profession), vous devez demander à chacun des organismes de réglementation professionnelle énumérés ci-dessus (et ce, même si vous n'y avez pas pratiqué) de remplir un Certificat de conduite professionnelle (disponible sur le site Web de l'Ordre). Veuillez également remplir le Formulaire A ci-joint pour chacun de ces organismes afin de nous autoriser à obtenir de l'information supplémentaire auprès d'eux, au besoin.

### Pratique active de la médecine dentaire

Avez-vous pratiqué activement la médecine dentaire au cours des cinq dernières années?

OUI (veuillez fournir les attestations de travail)       NON

Si vous n'avez pas pratiqué activement la médecine dentaire au cours des cinq dernières années, le Règlement sur les stages de perfectionnement des dentistes, RRQ, c. D-3, r. 15, sera applicable.

### Renseignements administratifs, disciplinaires, judiciaires et autres

Si vous avez pratiqué la médecine dentaire (ou une autre profession) au Québec ou dans un autre territoire de compétence, avez-vous déjà fait l'objet d'une procédure administrative ou disciplinaire relativement à votre compétence professionnelle (déontologie ou incompétence) ou à un état physique ou psychique incompatible avec l'exercice de la profession concernée (ordre professionnel ou établissement de santé)?

OUI       NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tout document en votre possession en lien avec cette procédure. Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.


Date : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_ 4

## Demande d'obtention de permis d'exercice ou de certificat de spécialiste

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision judiciaire vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ou pénale (tribunal canadien ou étranger)?

OUI     NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tout document en votre possession en lien avec cette procédure. Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.


Vous a-t-on déjà refusé l'inscription ou un permis d'exercice professionnel au Québec ou ailleurs?

OUI     NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tout document en votre possession en lien avec cette procédure. Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.


### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

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

OUI (Veuillez remplir le Formulaire B)     NON

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

OUI (Veuillez remplir le Formulaire B)     NON

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris un certificat de votre médecin traitant confirmant le diagnostic et votre état de santé actuel. Veuillez joindre des feuilles supplémentaires au besoin. Veuillez également remplir le Formulaire B pour nous permettre d'obtenir directement de votre médecin traitant des renseignements supplémentaires.

Si vous êtes porteur d'une infection transmissible par le sang, vous êtes admissible au programme SERTIH administré par l'Institut national de santé publique du Québec, dont l'Ordre appuie le mandat dans son énoncé de position intitulé « Les infections par le sang et la protection du public », énoncé datant de février 2005. Veuillez consulter le site Web de l'Ordre et celui du SERTIH à ce sujet. L'Ordre traitant ces informations de façon confidentielle, veuillez communiquer directement avec la direction générale, le cas échéant.


## Demande d'obtention de permis d'exercice ou de certificat de spécialiste

### DÉCLARATION ET AFFIRMATION SOLENNELLES

Je, soussigné(e), déclare et affirme solennellement que les renseignements donnés dans le cadre de cette demande sont, à ma connaissance, complets, véridiques et authentiques, et que les documents fournis sont les miens. Je comprends que tout faux renseignement ou faux document que je présente à l'appui de ma demande pourra entraîner le rejet de celle-ci ou la révocation du permis ou du certificat si celui-ci a déjà été délivré.

---

Signature du demandeur

Date

Affirmation solennelle devant moi à \_\_\_\_\_

Ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

---

Signature du juge de paix, du notaire, de l'avocat ou du commissaire à l'assermentation

(Sceau officiel ou carte professionnelle requise)

N.B. Une traduction française ou anglaise certifiée des documents qui ne sont pas rédigés en français ou en anglais est obligatoire.

(La présente demande est valide pour une période de trois mois à compter de la date de l'attestation.)

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

<p style="text-align: center;"><b>Formulaire A</b></p> <p>Consentement à la collecte de renseignements aux fins d'une inscription ou d'une réinscription au tableau</p> <p>À remplir si vous avez répondu par l'affirmative à la section Permis d'exercice actuels ou antérieurs</p>	<p>Je, _____, ai fait une demande de permis ou de certificat de spécialiste / inscription au tableau de l'Ordre des dentistes du Québec afin de pratiquer la médecine dentaire au Québec.</p> <p>L'Ordre pourrait requérir de l'information additionnelle dans le cadre du traitement de ma demande d'inscription.</p> <p>J'autorise donc l'organisme de réglementation professionnelle suivant<sup>1</sup>, à savoir :</p> <p>_____</p> <p>à transmettre, à l'Ordre des dentistes du Québec, tout renseignement, information ou document qu'il détient en lien avec mon inscription ou ma pratique dans la province ou le territoire _____, et ce, à mes frais.</p> <p>Je comprends que ces renseignements sont nécessaires à l'exercice des attributions de l'Ordre des dentistes du Québec dans le cadre du traitement de ma demande de permis ou certificat de spécialiste / inscription et de mon dossier professionnel par la suite.</p> <p>_____</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Signature du candidat</span> <span>Date</span> </p>
<p style="text-align: center;"><b>Formulaire B</b></p> <p>Consentement à la collecte de renseignements médicaux aux fins d'une inscription ou d'une réinscription au tableau</p> <p>À remplir si vous avez répondu par l'affirmative à la section Antécédents médicaux</p>	<p>Je, _____, ai fait une demande de permis ou de certificat de spécialiste / inscription au tableau de l'Ordre des dentistes du Québec afin de pratiquer la médecine dentaire au Québec.</p> <p>L'Ordre pourrait requérir de l'information additionnelle dans le cadre du traitement de ma demande d'inscription.</p> <p>J'autorise donc mon médecin traitant<sup>2</sup> _____</p> <p>à transmettre, à l'Ordre des dentistes du Québec, tout renseignement, information ou document qu'il ou elle détient en lien avec mon état de santé passé ou actuel et, plus particulièrement, avec le diagnostic de _____, et ce, à mes frais.</p> <p>Je comprends que ces renseignements sont nécessaires à l'exercice des attributions de l'Ordre des dentistes du Québec dans le cadre du traitement de ma demande de permis ou de certificat de spécialiste / inscription et de mon dossier professionnel par la suite.</p> <p>_____</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Signature du candidat</span> <span>Date</span> </p>

<sup>1</sup> Préparer des copies supplémentaires pour chaque organisme de réglementation professionnelle concerné.

<sup>2</sup> Préparer des copies supplémentaires pour chaque médecin traitant concerné.