



DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE DES ÉTUDIANTS

Dans ce formulaire, la forme masculine désigne aussi bien les hommes que les femmes.

À LIRE ATTENTIVEMENT

Tous les étudiants admis à un programme offert par une faculté de médecine dentaire dans une université du Québec doivent être inscrits au registre des étudiants de l'Ordre des dentistes du Québec.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM

PRÉNOM

Homme Femme

LANGUE DE CORRESPONDANCE

Français Anglais

CERTIFICAT DE NAISSANCE

Veillez fournir votre certificat de naissance (voir la section Documents à fournir).

Le nom apparaissant sur votre certificat de naissance diffère-t-il du nom couramment utilisé?

Oui Non

SI OUI, QUEL EST
LE NOM COURAMMENT UTILISÉ?

DATE DE
NAISSANCE

JOUR / MOIS / ANNÉE

COORDONNÉES

N°

RUE

APPARTEMENT

VILLE

PROVINCE

PAYS

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE
RÉSIDENTIEL

TÉLÉPHONE
CELLULAIRE

ADRESSE
COURRIEL

Votre adresse courriel doit être valide et exclusive.

L'Ordre des dentistes du Québec transmettra à cette adresse courriel tous les documents qui vous sont destinés. Il importe donc d'informer l'Ordre de tout changement concernant votre adresse courriel. Il n'est cependant pas exclu que certains documents vous soient transmis par la poste plutôt que par courriel.

ÉTUDES DANS UNE FACULTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE AU QUÉBEC

UNIVERSITÉ

- Université Laval
- Université de Montréal
- Université McGill

NIVEAU

- Doctorat en médecine dentaire
- Maîtrise
- Programme de qualification
- Équivalence de diplôme ou de formation
- Programme d'accueil ou d'échange interuniversitaire à durée limitée (études temporaires au Québec)

DURÉE DU PROGRAMME UNIVERSITAIRE

DATE D'ENTRÉE
AU PROGRAMME
UNIVERSITAIRE

MOIS / ANNÉE

DATE DE FIN
PRÉVISIBLE
DU PROGRAMME

MOIS / ANNÉE

Vous devez nous faire parvenir une attestation signée par le directeur du programme ou le doyen de la faculté de médecine dentaire de l'université auprès de laquelle vous êtes admis (voir le formulaire à la page 5).

CONSENTEMENT

- Je consens à recevoir par courriel des publications provenant de l'Ordre des dentistes du Québec, incluant des informations concernant des services, des événements et des formations en lien avec la médecine dentaire.

Veillez noter qu'il vous est possible de retirer votre consentement à ces publications à tout moment et sans frais grâce à un mécanisme d'exclusion apparaissant au bas du message de chaque envoi électronique ou en transmettant un courriel à l'adresse suivante : registre.etudiants@odq.qc.ca.

AUTORISATION

- J'accepte que l'Ordre des dentistes du Québec et l'université auprès de laquelle je suis inscrit partagent les renseignements contenus dans la section Renseignements personnels et dans la section Études dans une faculté de médecine dentaire au Québec afin de confirmer les activités autorisées dans le cadre de ma formation ou de mes études.

DÉCLARATION ET AFFIRMATION SOLENNELLE

JE SOUSSIGNÉ demande à être inscrit au registre des étudiants de l'Ordre des dentistes du Québec.

Je m'engage à porter l'insigne d'identification fourni par l'Ordre lorsque je serai en clinique.

Je m'engage à informer l'Ordre des dentistes du Québec, par écrit et sans délai, de tout changement à mes renseignements, y compris ceux relatifs à mon statut d'étudiant, notamment l'accomplissement, l'abandon, la suspension, le renvoi ou l'expulsion du programme de médecine dentaire dans lequel j'ai été admis.

J'autorise l'université responsable du programme de médecine dentaire dans lequel je suis admis à informer l'Ordre des dentistes du Québec de tout changement à mon statut d'étudiant ainsi qu'à mes renseignements personnels.

Je comprends que le statut d'étudiant ne me confère pas le statut de membre de l'Ordre des dentistes du Québec. Cependant, et dans le contexte y étant décrit, j'aurai le droit d'exercer les activités prévues à l'article 2 du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des dentistes.

Je comprends également que je ne peux porter le titre de « dentiste » ni utiliser l'abréviation « DMD » pour m'identifier. De même, je ne pourrai voter ni me présenter aux élections de l'Ordre des dentistes du Québec.

Je soussigné déclare et affirme solennellement que les renseignements fournis dans la présente demande sont complets et véridiques et que les documents remis sont les miens. Je comprends que tout faux renseignement ou faux document présenté à l'appui de ma demande pourra entraîner le rejet de ma demande.

SIGNATURE
OBLIGATOIRE

DATE

JOUR / MOIS / ANNÉE

DOCUMENTS À FOURNIR

Il est de votre responsabilité de fournir à l'Ordre des dentistes du Québec tous les documents suivants.

Pour que votre demande soit acceptée, votre dossier devra être complet.

ÉTUDIANT EN MÉDECINE DENTAIRE AU QUÉBEC

Demande d'inscription au registre des étudiants dûment remplie et signée

Certificat de naissance (original ou copie de l'acte de naissance certifiée conforme)

n SI VOUS ÊTES NÉ AU QUÉBEC

Joindre une copie certifiée conforme du certificat de naissance délivré par le Directeur de l'état civil. Au Québec, le formulaire pour obtenir le certificat de naissance est disponible auprès du Directeur de l'état civil sur le site www.etatcivil.gouv.qc.ca.

n SI VOUS ÊTES NÉ À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Joindre une copie certifiée conforme du certificat de naissance obtenue auprès de l'organisme ayant délivré le document original ou, à défaut, d'une autorité reconnue pour authentifier les documents d'identité ou d'état civil dans la province ou le pays d'origine, par exemple une administration locale, un notaire public ou autre.

La copie certifiée conforme par une ambassade ou un consulat de votre pays d'origine est acceptée.

Paiement

Attestation signée par le directeur du programme ou le doyen de la faculté de médecine dentaire de l'université auprès de laquelle vous êtes admis.

DOCUMENTS RÉDIGÉS DANS UNE LANGUE AUTRE QUE LE FRANÇAIS OU L'ANGLAIS

Tout document rédigé dans une langue autre que le français ou l'anglais doit être traduit par un traducteur membre de l'Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec (OTTIAQ). Il est possible d'obtenir la liste des traducteurs agréés en consultant le répertoire des membres de l'OTTIAQ au www.ottiaq.org.

MODALITÉS DE PAIEMENT

Frais d'inscription : **51,75 \$** + taxes, pour un total de **59,50\$**

(Il s'agit d'un montant payable lors de la première inscription uniquement.)

Chèque/mandat-poste de **59,50 \$** (libellé au nom de l'Ordre des dentistes du Québec)

Visa MasterCard

NOM DU TITULAIRE
DE LA CARTE DE CRÉDIT

NUMÉRO
DE LA CARTE

DATE
D'EXPIRATION

MOIS / ANNÉE

CODE DE VALIDATION
(3 chiffres au dos
de la carte)

MONTANT
PAYÉ

\$

SIGNATURE DU
TITULAIRE DE LA CARTE

Votre demande d'inscription, de même que les documents requis et le paiement, devront être transmis à l'Ordre des dentistes du Québec, à l'attention de la responsable du registre, à l'adresse suivante : 800, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1640, Montréal (Québec) H3B 1X9.

Pour tout renseignement supplémentaire, veuillez communiquer avec la responsable du registre, par téléphone au 514 875-8511 ou par courriel à registre.etudiants@odq.qc.ca.

ATTESTATION

JE, _____, directeur du programme/doyen
de la Faculté de médecine dentaire de l'Université _____,
certifie par la présente que _____
est inscrit au programme de _____
d'une durée de _____ depuis le JOUR / MOIS / ANNÉE et qu'il y poursuit ses études.

Signé à _____, le JOUR / MOIS / ANNÉE

X

SIGNATURE

CONSENTEMENT À LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

Consentement à la collecte de renseignements aux fins d'une inscription
au registre des étudiants de l'Ordre des dentistes du Québec

JE,

ai présenté une demande d'inscription au registre des étudiants de l'Ordre des dentistes du Québec.

L'Ordre des dentistes du Québec pourrait requérir de l'information additionnelle dans le cadre du traitement
de ma demande.

J'autorise donc l'université suivante :

.....

à transmettre à l'Ordre des dentistes du Québec tout renseignement, information ou document me concernant,
et ce, à mes frais, le cas échéant.

Je comprends que ces renseignements sont nécessaires à l'Ordre des dentistes du Québec pour le traitement
de ma demande d'inscription au registre des étudiants.

Signé à, le JOUR / MOIS / ANNÉE

X

SIGNATURE