

**DEMANDE D'OBTENTION DE PERMIS D'EXERCICE, DE CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE OU DE RÉINSCRIPTION  
(Formulaire A1)**

PERMIS D'EXERCICE  CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE  RÉINSCRIPTION

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM(S) \_\_\_\_\_

**ADRESSE DE PRATIQUE ACTUELLE**

AUCUNE (Si vous avez une adresse de pratique, veuillez remplir la section ci-dessous.)

NOM DE LA CLINIQUE \_\_\_\_\_

RUE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ PROVINCE/ÉTAT \_\_\_\_\_ PAYS \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ TÉL. \_\_\_\_\_ COURRIEL \_\_\_\_\_

**ADRESSE DE RÉSIDENCE**

RUE \_\_\_\_\_ APPARTEMENT \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ PROVINCE/ÉTAT \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ TÉL. \_\_\_\_\_ COURRIEL \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (jour/mois/année) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ CITOYENNETÉ \_\_\_\_\_

**SEXE**  FÉMININ  MASCULIN

**LANGUES PARLÉES**  FRANÇAIS  ANGLAIS  AUTRES

Veuillez fournir une copie certifiée conforme à l'original de votre acte de naissance ainsi qu'une copie certifiée conforme à l'original de votre permis de conduire, de votre carte d'assurance maladie ou de votre passeport aux fins de vérification de votre identité.

Le nom apparaissant sur votre acte de naissance ou sur votre diplôme diffère-t-il du nom indiqué ci-dessus ?  OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Date et lieu du changement de nom : \_\_\_\_\_

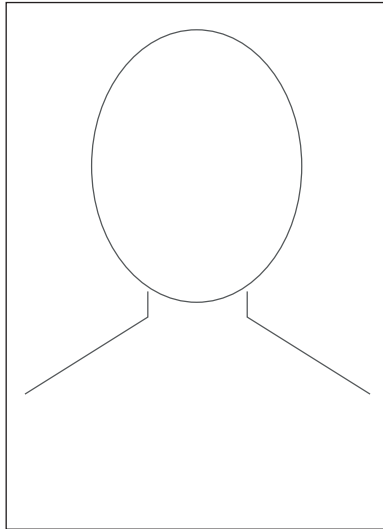
Veuillez fournir une copie certifiée conforme à l'original de tout document juridique attestant du changement.

**Section réservée à l'Ordre**

Date de réception : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_

**PHOTOGRAPHIE**

Veillez fournir une photo de format passeport prise au cours des six derniers mois, signer à l'endroit indiqué et faire signer un témoin à l'endos pour attester de l'authenticité.



\_\_\_\_\_  
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.)

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 (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	TITRE DU PROGRAMME	DIPLÔME OBTENU	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, spécifiez le diplôme obtenu.)	mois/année	mois/année
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, spécifiez le diplôme obtenu.)	mois/année	mois/année
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, spécifiez le diplôme obtenu.)	mois/année	mois/année

**FORMATION EN MÉDECINE DENTAIRE**

NOM ET ADRESSE DE L'UNIVERSITÉ	TITRE DU PROGRAMME	DIPLÔME OBTENU	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
			mois/année	mois/année
			mois/année	mois/année

Veillez fournir une copie certifiée conforme à l'original de votre diplôme de médecine dentaire ou, pour les nouveaux diplômés ne détenant pas encore de diplôme, l'original d'une lettre signée par le doyen ou le vice-doyen de la Faculté attestant de votre réussite du programme.

**Note :** s'il s'agit d'une demande de réinscription, la présentation du diplôme ou de la lettre n'est pas requise.

**BUREAU NATIONAL D'EXAMEN DENTAIRE DU CANADA (BNED)**

Détenez-vous un certificat délivré par le Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED)?<sup>1</sup>

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie certifiée conforme à l'original de votre certificat et inscrire le numéro : \_\_\_\_\_.)  
(Dans la négative, veuillez fournir une copie du relevé attestant de votre réussite de l'examen de l'Ordre.)

<sup>1</sup> Cette question ne s'applique pas aux candidats dont la demande est présentée en vertu de l'Entente France-Québec ou en vertu de l'article 31 de la *Loi sur les dentistes* (permis restrictif).

**FORMATION POST-DOCTORALE (résidence multidisciplinaire ou programme de spécialité)**

NOM ET ADRESSE DE L'UNIVERSITÉ	TITRE DU PROGRAMME	DIPLÔME OBTENU	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
			mois/année	mois/année
			mois/année	mois/année

Veillez fournir une copie certifiée conforme à l'original du diplôme obtenu dans le cadre du programme concerné ou, pour les candidats ne détenant pas encore de diplôme, l'original d'une lettre signée par le doyen ou le vice-doyen de la Faculté ou par le directeur du programme de formation post-doctorale attestant de votre réussite du programme.

**Note :** s'il s'agit d'une réinscription, la présentation du diplôme ou de la lettre n'est pas requise.

**EXAMEN NATIONAL DES SPÉCIALITÉS DENTAIRES (ENSD)**

Avez-vous réussi l'examen national des spécialités dentaires (ENSD) administré par le Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED) :

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez demander au BNED de nous faire parvenir une preuve de certification.)  
(Dans la négative, veuillez fournir une copie du relevé attestant de votre réussite de l'examen.)

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

**COURS EN ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE**

Avez-vous déjà suivi un cours en éthique et déontologie ?

Oui  Non (Le cas échéant, veuillez fournir une attestation de formation ou un relevé de notes.)

**PERMIS D'EXERCICE ACTUELS OU ANTÉRIEURS**

Avez-vous déjà exercé la médecine dentaire ou une autre profession ?

Oui  Non

Avez-vous déjà détenu un permis ou été inscrit auprès d'un organisme de réglementation pour exercer la médecine dentaire ou une autre profession ?

Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer tous les endroits où vous avez exercé la médecine dentaire ou toute autre profession, de même que les endroits où vous avez déjà détenu un permis ou été inscrit auprès d'un organisme de réglementation pour exercer la médecine dentaire ou toute autre profession. Veuillez préciser la nature de l'inscription ou du permis détenu, de même que la période d'inscription.

Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.

PAYS, ÉTAT, PROVINCE, TERRITOIRE, VILLE	NOM DE L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION	PROFESSION	PÉRIODE D'INSCRIPTION	
			De mois/année	À mois/année

Si vous avez exercé la médecine dentaire ou une autre profession, ou si vous avez déjà détenu un permis ou été inscrit pour exercer la médecine dentaire ou une autre profession, vous devez demander à chacun des organismes de réglementation énumérés ci-dessus, et ce, même si vous n'avez jamais exercé, de remplir un Certificat de conduite professionnelle sur le formulaire prescrit par l'Ordre, lequel est disponible sur le site Web de l'Ordre.

Veuillez également remplir le Formulaire A ci-annexé pour chacun des organismes en vertu duquel, le cas échéant, l'Ordre sera autorisé à obtenir tous renseignements nécessaires à l'étude de votre demande.

**EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE**

Si vous avez exercé la médecine dentaire au cours des trois dernières années, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

PÉRIODE	NOM ET COORDONNÉES DU LIEU D'EXERCICE	NOMBRE D'HEURES D'EXERCICE DE LA PROFESSION / SEMAINE	NOMBRE TOTAL DE SEMAINES À CE LIEU D'EXERCICE	EXERCICE DE LA PROFESSION À QUEL TITRE (avec ou sans activités cliniques)
Du _____ au _____ mois/année mois/année				
Du _____ au _____ mois/année mois/année				
Du _____ au _____ mois/année mois/année				
Du _____ au _____ mois/année mois/année				
Du _____ au _____ mois/année mois/année				

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS, DISCIPLINAIRES ET JUDICIAIRES**

Si vous avez exercé la médecine dentaire ou une autre profession au Québec ou hors Québec, avez-vous déjà fait l'objet d'une quelconque mesure administrative ou disciplinaire (demande d'enquête, enquête, plainte, avis, décision, radiation, suspension de permis, révocation de permis ou autres) relativement à l'exercice de votre profession, à votre compétence professionnelle ou à un état physique ou psychique incompatible avec l'exercice de votre profession ?

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tous documents en lien avec cette mesure. Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision judiciaire, d'un tribunal canadien ou étranger, vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ou pénale ?  
(Vous êtes tenu de signaler tous les jugements de culpabilité liés à une infraction. Cela comprend les accusations pour lesquelles vous avez reçu une absolution conditionnelle ou absolue, ou pour lesquelles vous avez été gracié par la suite.)

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tous documents en lien avec cette procédure.  
Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.)

---

---

---

---

Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus d'inscription ou de délivrance d'un permis d'exercice professionnel au Québec ou hors Québec ?  
(Médecine dentaire ou toute autre profession)

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tous documents en lien avec cette procédure.  
Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.)

---

---

---

---

### HISTOIRE MÉDICALE

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

Oui  Non

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

Oui  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 récent de votre médecin traitant confirmant le diagnostic, ainsi que son opinion relativement à la compatibilité de votre état physique ou psychique actuel avec l'exercice de la profession de dentiste.

Veuillez également remplir le Formulaire B ci-annexé en vertu duquel, le cas échéant, l'Ordre sera autorisé à obtenir, directement auprès de votre médecin traitant, tous renseignements nécessaires.

Si vous êtes porteur d'une infection transmissible par le sang, vous êtes admissible au Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (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 », datant de février 2005. Veuillez consulter le site Web de l'Ordre de même que celui du SERTIH à ce sujet. L'Ordre traitera ces informations de façon confidentielle.

---

---

---

---

## DÉCLARATION SOUS SERMENT

Je, soussigné(e), déclare sous serment que les renseignements fournis dans le cadre de cette demande sont complets, authentiques et véridiques, et que le contenu des documents fournis est également complet, authentique, véridique et conforme aux originaux.

Je comprends et j'accepte que toute déclaration ou représentation fautive ou trompeuse, ou tout document falsifié présenté au soutien de ma demande sera réputé ne pas satisfaire aux exigences d'un permis ou d'un certificat et pourra entraîner le rejet de celle-ci ou la révocation de mon permis ou de mon certificat si celui-ci a déjà été délivré.

**(Ce document DOIT être signé et daté EN PRÉSENCE de la personne recevant votre déclaration solennelle)**

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

Déclaré solennellement devant moi à \_\_\_\_\_  
(Ville, territoire, province, état, pays)

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

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

\_\_\_\_\_  
Nom du juge de paix, du notaire, de l'avocat ou du commissaire à l'assermentation **(en caractères d'imprimerie)**

(Sceau officiel ou carte professionnelle requise)

\_\_\_\_\_  
Sceau officiel - n° permis

N.B. Une traduction en langue 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'assermentation)

