



DEMANDE DE CERTIFICAT D'ENREGISTREMENT

Quel type de certificat d'enregistrement demandez-vous ? Étudiant Stagiaire Opticien (Sélectionnez)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom légal			Date de naissance: / / jj / mm / aaaa	Sexe: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> X
Nom de famille:	Prénom:	Second prénom:		
Ancien nom légal				
Nom de famille:	Prénom:	Nom utilisé sur le lieu d'exercice:		

Veillez fournir la copie certifiée conforme d'un document officiel confirmant votre nom (par ex. votre permis de conduire) et une photo signée au format passeport, et prise au cours des 6 derniers mois

Coordonnées	Domicile
Adresse courriel:	Nom de rue:
Autre adresse courriel:	Ville:
N° tél. principal:	Province:
Autre N° tél.:	Code postal:
	Pays:

Langues utilisées au travail

Quelle langue utilisez-vous avec les clients ? (la langue que vous lisez, écrivez, et parlez couramment):

Anglais Français

Dans quelles autres langues pouvez-vous fournir des services professionnels ?

1. 2. 3. 4.

Admissibilité à l'emploi

Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent du Canada ? Oui Non

Si "Oui", veuillez fournir soit une copie certifiée conforme de votre certificat de naissance canadien, passeport canadien, certificat de citoyenneté canadienne, ou de votre carte de résident permanent.

Si "Non", veuillez fournir plus de détails au sujet de votre citoyenneté actuelle ainsi qu'une copie certifiée conforme de votre permis de travail ou d'études* émis par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et vous permettant de pratiquer l'optique au Canada.

* Notez que l'Ordre n'accepte les permis d'études comme preuve d'admissibilité à l'emploi que pour les demandes de certificat d'enregistrement en tant qu'opticien étudiant.

FORMATION

Formation en optique*

Niveau de formation	Établissement scolaire	Nom programme	Lieu	Date début	Date fin
(Sélectionnez)				/ /	/ /
(Sélectionnez)				/ /	/ /
(Sélectionnez)				/ /	/ /
(Sélectionnez)				/ /	/ /

* Veuillez fournir une lettre de votre établissement scolaire confirmant votre inscription/réussite au programme

Oui Non

Avez-vous entrepris par le passé, ou entreprenez-vous aujourd'hui le processus de Reconnaissance Des Acquis d'une autre province ?

Oui Non

Avez-vous réussi les examens de l'Association nationale des organismes de réglementation des opticiens du Canada ?

Oui Non

Si "Oui", veuillez indiquer l'année/les années _____

Avez-vous 1 000 heures d'expérience pratique contrôlée (dont 250 réglages de lunettes de vue et 20 ajustements de lentilles de contact) ? Si "Oui", remplissez le [Formulaire A](#) ou fournissez une lettre de votre programme scolaire confirmant que vous remplissez les exigences.



Hors optique*

Veillez lister toutes les formations post secondaires hors optique.

Niveau de formation	Domaine d'études	Établissement scolaire	Nom du programme	Lieu	Date fin
					/ /
					/ /
					/ /
					/ /

* Veillez fournir une preuve de remise de diplôme au programme(s) listé(s) dans cette section

HISTORIQUE D'EXERCICE

Exercez-vous présentement ou avez-vous déjà été enregistré(e)/eu un permis d'exercer dans une juridiction, province, état/pays hors Ontario? Oui Non
 Exercez-vous présentement ou avez-vous déjà été enregistré(e)/eu un permis dans toute autre profession dans toute jurid. prov. état/pays hors Ontario? Oui Non
 Avez-vous déjà été enregistré(e) auprès de l'Ordre des opticiens de l'Ontario? Oui Non

* Veillez remplir le tableau ci-dessous fournir un Formulaire B rempli pour chaque juridiction, province, état, ou pays où vous avez été enregistré(e) pour exercer.

Organisme de réglementation	Pays/Province/État	Permis/ N° d'enregistrement	Enregistré/Permis du

RENSEIGNEMENTS SUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION

Êtes-vous présentement employé(e) ou avez-vous une offre d'emploi en optique ? Oui Non*
 Si "Non", recherchez-vous présentement un emploi en optique ? Oui Non

Notez que si vous êtes employé(e) ou travailleur autonome mais pas dans le domaine de l'optique, vous devez indiquer l'adresse du lieu où vous travaillez le plus. Si vous n'êtes pas employé ou travailleur autonome en Ontario, ou n'avez pas d'adresse professionnelle, vous pouvez fournir une autre adresse comme une boîte postale, ou le lieu de votre dernier emploi. Vous ne pouvez pas donner votre adresse personnelle en tant qu'adresse professionnelle sauf si vous travaillez depuis votre domicile et que celle-ci est votre adresse professionnelle. **Toutes les adresses listées dans la section ci-dessous deviendront des renseignements publics et apparaîtront dans le registre public de l'Ordre.** Si vous avez des questions ou des inquiétudes à ce sujet, veuillez contacter l'Ordre.

Possédez-vous une assurance-responsabilité professionnelle d'un montant minimum de 1 000 000 \$? Oui Non
 Si "Oui", veuillez compléter le Formulaire C – Informations assurance. Si "Non", veuillez compléter le Formulaire C – Engagement

<p>Adresse d'exercice principale</p> <p>Nom commercial:</p> <p>Adresse:</p> <p>Ville:</p> <p>Province/Territoire:</p> <p>Code postal:</p> <p>Pays:</p> <p>N° tél.:</p> <p>N° fax:</p> <p>Courriel:</p> <p>Est-ce une adresse résidentielle?</p>	<p>Catégorie d'emploi:</p> <p>Statut professionnel:</p> <p>Environnement d'exercice:</p> <p>Poste:</p> <p>Tranche d'âge patients:</p>	<p>Domaines (Sélectionnez ceux qui s'appliquent):</p> <p>Lunettes de vue</p> <p>Lentilles de contact</p> <p>Ajustements complexes</p> <p>Lentilles de contact</p> <p>Lunettes de sécurité</p> <p>Appareils de correction visuelle</p> <p>Yeux artificiels</p>
--	---	---



Adresse(s) d'exercice secondaire(s) Nom commercial: Adresse: Ville: Province/Territoire: Code postal: Pays: N° tél.: N° fax: Courriel:	Catégorie d'emploi: (Sélectionnez) Statut professionnel: (Sélectionnez) Environnement d'exercice: (Sélectionnez) Poste: (Sélectionnez) Tranche d'âge patients: (Sélectionnez)	Domaines (Sélectionnez ceux qui s'appliquent): Lunettes de vue Lentilles de contact Ajustements complexes lentilles de contact Lunettes de sécurité Appareils de correction visuelle Yeux artificiels
Nom commercial: Adresse: Ville: Province/Territoire: Code postal: Pays: N° tél.: N° fax: Courriel:	Catégorie d'emploi: Statut professionnel: Environnement d'exercice: Poste: Tranche d'âge patients:	Domaines (Sélectionnez ceux qui s'appliquent): Lunettes de vue Lentilles de contact Ajustements complexes lentilles de contact Lunettes de sécurité Appareils de correction visuelle Yeux artificiels

CONDUITE

- i. Au cours de vos études post-secondaires, des allégations d'inconduite y compris de fraude académique ont-elles été faites à votre encontre Oui Non
- ii. ou avez-vous été pénalisé(e), suspendu(e), renvoyé(e) ou dû vous retirer d'un établissement scolaire pour inconduite ? Oui Non
- iii. Avez-vous été reconnu(e) coupable, ou des allégations ont-elles été faites contre vous, de négligence ou faute professionnelle par un organisme qui régit une profession en Ontario ou hors Ontario ? Oui Non
- iv. Avez-vous été l'objet d'un verdict d'inconduite professionnelle, d'incompétence, ou d'incapacité par un organisme qui régit une profession en Ontario ou hors Ontario ? Oui Non
- v. Faites-vous présentement l'objet de procédures pour inconduite professionnelle, incompétence ou incapacité par un organisme qui régit une profession en Ontario ou hors Ontario ? Oui Non
- vi. L'enregistrement vous a-t-il été refusé par un organisme qui régit une profession en Ontario ou hors Ontario ? Oui Non
- vii. Votre enregistrement a-t-il été suspendu ou révoqué par un organisme qui régit une profession en Ontario ou hors Ontario ? Oui Non
- viii. Avez-vous été accusé(e) ou déclaré(e) coupable d'une infraction au Canada ou dans n'importe quelle autre juridiction ? Oui Non
- ix. Avez-vous fait l'objet de mise en liberté sous caution ou d'autres restrictions en lien avec l'infraction (imposées ou avec votre accord) ? Oui Non
- x. Avez-vous présentement une maladie ou trouble physique/mental qui pourrait impacter votre capacité à exercer de façon sécuritaire et compétente, ou qui, si non traité(e), pourrait remettre en cause votre capacité à exercer l'optique de façon sécuritaire et compétente ? Oui Non
- xi. Durant les cinq dernières années, avez-vous déjà souffert d'une maladie physique ou mentale qui aurait pu remettre en cause votre capacité à exercer l'optique de façon sécuritaire et compétente ou qui, si non traitée aurait pu remettre en cause votre capacité à exercer l'optique de façon sécuritaire et compétente ? Oui Non

Si vous répondez "Oui" à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir une déclaration détaillant les circonstances sur une page séparée. Veuillez inclure vos explications ainsi que tout document utile dans votre dossier de demande

DÉCLARATION

Je soussigné(e) _____ de la/du de _____ dans la/l' de _____ dans le pays de _____ déclare :
(Nom complet du/de la candidat(e)) (Ville/Localité/Comté) (Province/État) (Pays)

- Je suis la personne qui fait la demande d'un certificat d'enregistrement afin de pratiquer l'optique en Ontario et j'ai rempli et signé cette demande moi-même ;
- La photographie jointe au dossier est une photographie non modifiée de moi prise dans les six mois après la date de cette demande ;
- Je comprends et accepte que toute adresse et adresse courriel fournie dans la section emploi de la demande sera visible dans le registre public ;
- Je comprends que j'ai l'obligation d'aviser l'Ordre dans les 30 jours de tout changement concernant les informations fournies dans ce formulaire ; et,
- Je comprends et accepte que dans le cas d'information fautive ou trompeuse dans cette demande ou dans les formulaires liés à la demande, ou de falsification de documents appuyant ma demande, la demande pourrait être invalidée, et un éventuel enregistrement résultant de cette demande pourrait être révoqué et/ou sujet à des procédures disciplinaires.

Signature du/de la candidat(e)

Date

Signature du témoin

Nom du témoin



FORMULAIRE A - VALIDATION DE L'EXPÉRIENCE PRATIQUE

Veillez fournir les informations demandées ci-dessous si vous êtes diplômé(e) d'un programme non-agréé, ou si vous êtes diplômé(e) d'un programme agréé mais que votre attestation d'obtention de diplôme ne valide pas votre expérience pratique. Vous devez accumuler 1 000 heures d'expérience pratique contrôlée avant de pouvoir demander l'enregistrement en tant qu'opticien enregistré.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de famille: Prénom: N° d'enregistrement:

Adresse courriel:

EXPÉRIENCE PRATIQUE

Veillez fournir les informations demandées ci-dessous concernant votre expérience pratique

Nom commercial:

Nom de rue:

N° tél.:

Ville:

N° fax:

Province:

Courriel:

Code postal:

Premier jour d'exercice : / /

Pays:

Dernier jour d'exercice* : / /

Combien d'heures de pratique avez-vous accumulé par semaine dans ce lieu?

Combien d'heures de pratique avez-vous accumulé au total dans ce lieu?

Nombre de réglages lunettes de vue (=>250) :

Multifocaux (=>100)

Myopie forte (=>25**)

Hypermétropique (=>25**)

Ajustements lentilles de contact (=>20) :

Souples

Rigides perméables aux gaz (=>5)

*Non applicable si vous vous exercez présentement dans ce lieu

** Vous devez avoir réalisé 25 réglages pour la correction de myopie forte ou 25 réglages pour la correction d'hypermétropique forte, ou une combinaison des deux

DÉCLARATION SUPERVISEUR

Cette section doit être remplie par un opticien enregistré, un optométriste, ou un médecin qui vous a supervisé au travail*

Je valide et confirme que l'individu nommé ci-dessus a exercé sous ma supervision, et que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes

Nom superviseur:

Numéro d'enregistrement:

Organisme de gouvernance:

Signature: _____

Date:

Nom superviseur supplémentaire (si applicable):

Numéro d'enregistrement:

Organisme de gouvernance:

Signature: _____ Date:

* Si vous avez acquis votre expérience pratique en dehors du Canada, veuillez fournir une déclaration sous serment stipulant que vous avez accumulé les 1 000 heures d'expérience pratique exigées. Cette déclaration doit être authentifiée en présence d'un commissaire aux affidavits. Veuillez consulter le site internet de l'Ordre pour un exemple de déclaration sous serment.



FORMULAIRE B - ATTESTATION DE COMPÉTENCE

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

La section suivante doit être remplie par le/la candidat(e) et envoyée à l'organisme de réglementation auprès duquel le/la candidat(e) est/ a été enregistré(e).

Il est de la responsabilité du/de la candidat(e) d'assumer^t les coûts en lien avec les dispositions prises par cet organisme.

Je soussigné(e), atteste avoir fait une demande de certificat d'enregistrement auprès de l'Ordre des opticiens de l'Ontario afin de d'exercer l'optique. J'autorise partager renseignements fournis dans ce formulaire y compris les informations concernant mon dossier qui pourraient avoir un impact sur mon aptitude à exercer optique en Ontario.

J'autorise également des opticiens de l'Ontario à communiquer directement autant que nécessaire pour clarifier ou valider d'enregistrement.

Signature

Date

La section suivante doit être remplie par l'organisme de réglementation et renvoyée à l'Ordre des opticiens de l'Ontario

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom du/de la candidat(e) à l'enregistrement :

Nom(s) du/de la candidat(e) avant l'enregistrement :

Le/la candidate est/était autorisé(e) à exercer en tant que : Opticien Optométriste Ophthalmologiste Autre : _____

HISTORIQUE D'ENREGISTREMENT

Type d'enregistrement	Numéro d'enregistrement	Du (mm/jj/aaaa)	Au (mm/jj/aaaa)

À votre connaissance, le/la candidate est-il/elle est enregistré(e) dans une autre juridiction ? Oui* Non

Si "Oui", veuillez remplir le tableau ci-dessous

Organisme de gouvernance	Du (mm/jj/aaaa)	Au (mm/jj/aaaa)

L'enregistrement/permis de ce/cette candidat(e) a-t-il déjà été suspendu ? Oui* Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

L'enregistrement/permis de ce/cette candidat(e) a-t-il déjà été révoqué ? Oui* Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :



CONDUITE PROFESSIONNELLE

Le permis/enregistrement de ce/cette candidat(e) est-il soumis à des modalités, conditions, limitations ou restrictions?

Oui*

Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

Ce/cette candidat(e) a-t-il ou a-t-elle entrepris des démarches concernant son permis/enregistrement ?

Oui*

Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

Ce/cette candidat(e) est-il ou est-elle présentement l'objet de procédures pour inconduite professionnelle, incompétence ou incapacité ?

Oui*

Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

Ce/cette candidat(e) a-t-il ou a-t-elle déjà été l'objet de procédures pour inconduite professionnelle, incompétence ou incapacité ?

Oui*

Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

Ce/cette candidat(e) est-il ou est-elle présentement l'objet d'une plainte formelle ou d'une enquête ?

Oui*

Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

Ce/cette candidat(e) a-t-il ou a-t-elle déjà été l'objet d'une plainte formelle ou d'une enquête dont la conclusion est autre que "aucune mesure" ?

Oui*

Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

Avez-vous déjà constaté que ce/cette candidat(e) ne respectait pas vos exigences en matière d'assurance qualité et/ou de formation continue ?

Oui*

Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

Ce/cette candidat(e) a-t-il ou a-t-elle des obligations envers votre organisme (tels que des frais) ?

Oui*

Non

Si "Oui", veuillez donner des informations complémentaires :

Avez-vous d'autres informations à fournir en lien avec l'aptitude du/de la candidat(e) à exercer l'optique ?

Oui*

Non



ATTESTATION

Je confirme que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts

Organisme de réglementation

Titre

Date Signature et sceau

Sceau/Tampon :

Veuillez transmettre l'attestation de compétence remplie à l'Ordre des opticiens par courriel, fax ou courrier
registration@collegeofopticians.ca
(416) 368-2713



FORMULAIRE C - ASSURANCE OU ENGAGEMENT

Veillez remplir la section "Assurance" **OU** la section "Engagement" du formulaire. Notez que si vous êtes employé(e) dans la profession, ou si vous souhaitez garder votre statut "Habilité(e) à pratiquer" dans le registre public, vous devez posséder une assurance-responsabilité professionnelle.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de famille : Prénom : N° d'enregistrement:

Adresse courriel :

ASSURANCE

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous concernant votre assurance-responsabilité professionnelle.

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Numéro de certificat :

Montant de la couverture en resp. professionnelle :

Date d'expiration :

Est-ce une assurance personnelle ou fournie par votre employeur ? Personnelle Employeur*

*Si l'assurance-responsabilité professionnelle est fournie par votre employeur :

- Votre nom doit être indiqué sur le certificat d'assurance ; et
- Vous devez avoir une assurance-responsabilité professionnelle pour chaque entreprise qui vous emploie

Attestation et déclaration

Je soussigné(e) _____ déclare :

(Nom complet)

1. Tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts ;
2. Je suis assuré(e) par la police d'assurance citée ;
3. J'ai fourni à l'Ordre une copie de la police jointe à ce formulaire comme preuve de ma couverture ;
4. Si ma police devait expirer alors que je suis employé(e) dans la profession, je m'engage à la renouveler ou la remplacer avant la date d'expiration pour un montant minimum de 1 000 000 \$ et à soumettre une copie de la nouvelle police à l'Ordre ; et,
5. Je comprends et accepte que faire une fausse déclaration sera considéré comme un acte d'inconduite professionnelle et pourrait conduire à une révocation et/ou à des procédures disciplinaires à mon encontre.

Signature

Date

ENGAGEMENT

Remplissez cette section uniquement si vous n'exercez pas en optique et n'avez pas l'intention de l'être. Veuillez noter que remplir cette section aura pour conséquence d'afficher votre statut comme "Non habilité(e) à exercer" dans le registre public.

Je soussigné(e) _____ (nom complet) déclare ne pas m'engager dans l'exercice de l'optique, y compris à ne pas fournir de lunettes de vue, de lentilles de contact ni d'appareils de correction visuelle, ni à superviser ou diriger un opticien étudiant ou un opticien stagiaire enregistré en Ontario, ceci jusqu'à ce que je soumette la preuve à l'Ordre que je possède une assurance-responsabilité professionnelle, et que mon statut soit à "habilité(e) à exercer" dans le registre public. Je comprends et accepte que ne pas respecter cet engagement sera considéré comme un acte d'inconduite professionnelle et pourrait conduire à une révocation et/ou à des procédures disciplinaires à mon encontre.

Signature

Date