


<p>À l'usage de l'OPPQ</p> <p>Numéro de permis : _____</p> <p>Date de l'inscription : _____</p> <p>Matricule : _____</p> <p>Type de permis : _____</p>	<p>Photo (d'identification)</p>
---	---------------------------------

À l'intention des candidats titulaires d'un diplôme québécois reconnu (art. 184 Code des professions), candidats titulaires d'un permis d'exercice valide d'une autre province ou territoire canadien (art. 42, 3^e Code des professions) et des candidats ayant obtenu une équivalence de diplôme et de formation.

 Vous détenez un permis de T.R.P. ou vous en avez déjà détenu un ? Veuillez communiquer avec le Service de l'admission à jdesrosiers@oppq.qc.ca

TYPE DE PERMIS DEMANDÉ :

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Renseignements personnels (tous les champs sont obligatoires)

PRÉNOM & NOM:

ADRESSE DU DOMICILE (N° d'immeuble, rue, appartement) :

VILLE, PROVINCE, PAYS :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE (RÉSIDENT) :

CELLULAIRE :

COURRIEL DE CORRESPONDANCE :

DATE DE NAISSANCE
(AN/MOIS/JOUR) :

SEXE :

LANGUE(S) PARLÉE(S) :

FRANÇAIS ANGLAIS AUTRES :
(précisez s.v.p.)

LANGUE DE CORRESPONDANCE :

FRANÇAIS

ANGLAIS

ADRESSE DE CORRESPONDANCE :

RÉSIDENCE

TRAVAIL PRINCIPAL (voir page 4)

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL (voir annexe 1)

_____ inscrire le numéro du code

PERMIS D'EXERCICE D'UNE AUTRE PROVINCE CANADIENNE

Province _____ Numéro de permis _____

Communications et protection des renseignements personnels

RÉPERTOIRE DES MEMBRES EN LIGNE

Notez que vous pouvez vous désinscrire de chacune des listes en tout temps.

L'OPPQ met à la disposition du grand public un système de référence sur son site Web afin de faciliter la recherche d'un professionnel de la physiothérapie. L'Ordre souhaite savoir si vous désirez que votre nom ainsi que les renseignements concernant votre pratique professionnelle apparaissent en ligne dans la rubrique « Trouver un professionnel ».

- Je consens à ce que mes informations figurent dans le système de référence en ligne.
- J'accepte de recevoir des offres commerciales liées à des avantages négociés par l'OPPQ pour ses membres.

ABONNEMENTS ET PUBLICATIONS

L'Ordre utilise la voie électronique pour transmettre à ses membres toute information importante relative à la profession et aux affaires administratives de l'OPPQ. Tout nouveau membre est inscrit automatiquement aux infolettres de l'OPPQ.

Je reconnais avoir compris que mon inscription aux infolettres de l'OPPQ est automatique et que je peux me désinscrire en tout temps.

Inscrire ses initiales dans l'encadré

Formation

FORMATION DE THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE (Techniques de physiothérapie)

- DEC
- ÉQUIVALENCE

ANNÉE DE
DIPLOMATION :

NOM DE L'INSTITUTION :

FORMATION UNIVERSITAIRE ACQUISE EN PHYSIOTHÉRAPIE AU QUÉBEC OU AU CANADA:

- MAÎTRISE
- ÉQUIVALENCE

ANNÉE DE
DIPLOMATION :

NOM DE L'INSTITUTION :

FORMATION EN PHYSIOTHÉRAPIE ACQUISE À L'ÉTRANGER

TYPE DE DIPLÔME :

ANNÉE DE
DIPLOMATION :

MAISON D'ENSEIGNEMENT :

PAYS :

FORMATIONS ADDITIONNELLES COMPLÉTÉES

TYPE DE DIPLÔME :

ANNÉE DE
DIPLOMATION :

INSTITUTION
(voir annexe 2) : # _____

AUTRES INSTITUTIONS

DOMAINE :

TYPE DE DIPLÔME :

ANNÉE DE
DIPLOMATION :

INSTITUTION
(voir annexe 2) : # _____

AUTRES INSTITUTIONS

DOMAINE :

Manipulations articulaires (attestation)

En référence à l'article 7 du *Règlement sur les activités de formation des physiothérapeutes pour procéder à des manipulations vertébrales et articulaires* les nouveaux finissants des universités mentionnées ci-dessous peuvent demander l'attestation articulaire (périphérique) :

- ❖ Finissants de la maîtrise professionnelle en physiothérapie de l'**Université de Montréal** des cohortes 2015 et suivantes;
- ❖ Finissants du continuum baccalauréat-maîtrise en physiothérapie de l'**Université Laval** des cohortes 2015 et suivantes;
- ❖ Finissants de la maîtrise professionnelle en physiothérapie de l'**Université McGill** des cohortes 2018 et suivantes;
 - Notez bien, pour les cohortes 2015, 2016 et 2017 **ayant suivi le cours optionnel Advanced Manual Therapy (PHTH 662)** (★ joindre la preuve de réussite de ce cours);
- ❖ Finissants de la maîtrise professionnelle en physiothérapie de l'**Université de Sherbrooke** des cohortes 2016 et suivantes **ayant réussi la formation sur les manipulations articulaires (PHT 815)** (★ joindre la preuve de réussite de ce cours).

OUI je désire obtenir l'attestation de manipulation articulaire (périphérique)
★ frais à inclure dans le formulaire d'inscription / 57.49 \$ (taxes incluses)

NON

Exigences relatives à la connaissance de la langue française

En vertu de l'article 35 de la *Charte de la langue française*, l'OPPQ ne peut délivrer un permis "régulier" d'exercice qu'à des personnes qui ont une connaissance appropriée de la langue pour l'exercice de leur profession.

À cet effet, répondez à l'une des questions suivantes :

- OUI *j'ai suivi pendant au moins trois années d'enseignement de niveau secondaire ou postsecondaire dispensé en français;*
- OUI *j'ai réussi les examens de français langue maternelle de la quatrième ou de la cinquième année du secondaire au Québec;*
- OUI *à compter de l'année scolaire 1985-1986, j'ai obtenu au Québec un certificat d'études secondaires.*
- NON *Si aucune des conditions susmentionnées ne s'applique, vous devrez réussir l'examen de français de l'Office québécois de la langue française.*

Note : Pour les personnes ayant étudié dans une **université anglophone du Québec**, vous devez joindre la pièce justificative ou l'attestation définie comme équivalente par le règlement du gouvernement.

OU

Vous devez réussir l'examen de l'Office québécois de la langue française (OQLF) avant de faire votre admission à l'Ordre.

Travail (obligation de divulguer tous les lieux physiques de travail – en lien avec la physiothérapie au Québec) aucun**LIEU D'EXERCICE PRINCIPAL**

Date de début : _____

NOM DU LIEU PHYSIQUE DE TRAVAIL :

ADRESSE DU LIEU PHYSIQUE DE TRAVAIL (N°/rue/ local) :

VILLE, PROVINCE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

POSTE TÉL. :

COURRIER ÉLECTRONIQUE :

TÉLÉCOPIEUR :

MILIEU DE TRAVAIL

- () Agence de placement
() Autre entreprise privée
() Autre organisme gouvernemental

- () Centre de recherche
() Clinique privée
() Établissement privé de santé

- () Établissement public de santé
() Maison d'enseignement
() Soins à domicile en privée

AUTRE EMPLOYEUR

Date de début : _____

NOM DU LIEU PHYSIQUE DE TRAVAIL :

ADRESSE DU LIEU PHYSIQUE DE TRAVAIL (N°/rue/ local) :

VILLE, PROVINCE:

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

POSTE TÉL. :

COURRIER ÉLECTRONIQUE :

TÉLÉCOPIEUR :

MILIEU DE TRAVAIL

- () Agence de placement
() Autre entreprise privée
() Autre organisme gouvernemental

- () Centre de recherche
() Clinique privée
() Établissement privé de santé

- () Établissement public de santé
() Maison d'enseignement
() Soins à domicile en privée

AUTRE EMPLOYEUR

Date de début : _____

NOM DU LIEU PHYSIQUE DE TRAVAIL :

ADRESSE DU LIEU PHYSIQUE DE TRAVAIL (N°/rue/ local) :

VILLE, PROVINCE ::

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

POSTE TÉL. :

COURRIER ÉLECTRONIQUE :

TÉLÉCOPIEUR :

MILIEU DE TRAVAIL

- () Agence de placement
() Autre entreprise privée
() Autre organisme gouvernemental

- () Centre de recherche
() Clinique privée
() Établissement privé de santé

- () Établissement public de santé
() Maison d'enseignement
() Soins à domicile en privée

Renseignements professionnels (en lien avec votre lieu de travail en physiothérapie au Québec)

CATÉGORIES DE CLIENTÈLES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adulte | <input type="checkbox"/> Enfants 0-5 ans |
| <input type="checkbox"/> Personne âgée | <input type="checkbox"/> Enfants 5-17 ans |

APPROCHE(S) DE TRAITEMENT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas | |
| <input type="checkbox"/> Ergonomie | <input type="checkbox"/> Rééducation neurologique |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie avec approche McKenzie | <input type="checkbox"/> Rééducation périnéale et pelvienne |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie avec approches posturales (RPG, Mézières, ou autres) | <input type="checkbox"/> Rééducation spécifique de la douleur chronique |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie en piscine | <input type="checkbox"/> Rééducation vestibulaire |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie manuelle orthopédique (thérapie manuelle) | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie sportive | <input type="checkbox"/> Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) |
| <input type="checkbox"/> Réadaptation en oncologie (cancer) | <input type="checkbox"/> Traitement du lymphœdème (drainage lymphatique) |

MOTIF(S) DE CONSULTATION (clientèle)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas | |
| <input type="checkbox"/> Amputation | <input type="checkbox"/> Maux de dos |
| <input type="checkbox"/> Arthrite – arthrose | <input type="checkbox"/> Oncologie (cancer) |
| <input type="checkbox"/> Atteinte cérébrale | <input type="checkbox"/> Optimisation des performances sportives |
| <input type="checkbox"/> Atteinte de la moelle épinière | <input type="checkbox"/> Paralysie faciale |
| <input type="checkbox"/> Atteinte d'un nerf périphérique | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> AVC (hémiparésie, paralysies diverses, etc.) | <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie |
| <input type="checkbox"/> Blessures musculo-squelettiques (tendinite, bursite, capsulite, entorse, etc.) | <input type="checkbox"/> Pertes d'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Blessures sportives | <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie / torticolis congénital (syndrome de la tête plate) |
| <input type="checkbox"/> Commotions cérébrales/traumatismes crâniens | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques et pulmonaires |
| <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques | <input type="checkbox"/> Problèmes de développement moteur |
| <input type="checkbox"/> Dystrophies musculaires/myopathies | <input type="checkbox"/> Problèmes de mâchoires |
| <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Prothèse (hanche, genou, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Grossesse (périnatalité) | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques |
| <input type="checkbox"/> Incontinence et douleurs génitales (enfants) | <input type="checkbox"/> Soins des plaies et brûlures |
| <input type="checkbox"/> Incontinence et douleurs génitales (femmes) | <input type="checkbox"/> Soins pré et post-opératoires |
| <input type="checkbox"/> Incontinence et douleurs génitales (hommes) | <input type="checkbox"/> Vertiges et étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Lymphœdème | |

Déclarations obligatoires

Décisions disciplinaires

Avez-vous fait l'objet d'une décision disciplinaire rendue au Québec par le conseil de discipline d'un autre ordre professionnel ou par le Tribunal des professions ou d'un organisme professionnel équivalent dans une autre province canadienne ou à l'étranger vous imposant une sanction?

Non

Oui, et en voici les détails :

Nature de l'infraction : _____

Nature de la sanction : _____

Date de la décision : (an/mois/jour) _____

Nom de l'ordre ou de l'organisme professionnel qui a rendu la décision : _____

Province / Pays : _____ No de dossier : _____

Décisions judiciaires

Avez-vous fait l'objet d'une décision rendue au Québec ou par un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle, pénale ou d'une infraction à une disposition d'une loi du Québec?

Non

Oui, et j'ai obtenu le pardon Oui, et en voici les détails :

Nature de l'infraction : _____

Peine imposée : _____

Date du jugement : (an/mois/jour) _____

Nom du tribunal : _____

Province / Pays : _____ No de dossier : _____

joindre une copie de la décision judiciaire ou du procès-verbal

Accusations relatives à certaines infractions

Avez-vous fait l'objet d'une poursuite judiciaire pour une infraction qui pourrait être punie de cinq ans d'emprisonnement ou plus ?

Non

Oui, et en voici les détails

Nature des accusations : _____ joindre une copie des constats d'infraction

Déclaration et affirmation solennelle

Je soussigné(e), atteste que tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont exacts et complets.

X _____
DATE

X _____
SIGNATURE

Le candidat peut communiquer avec M^{me} Julie Desrosiers, adjointe à l'admission pour toute question en lien avec le traitement de sa demande au 514 351-2770, poste 243 / 1 800 361-2001, poste 243 ou jdesrosiers@oppq.qc.ca

7151 rue Jean-Talon Est, bureau 700
Anjou (Québec) H1M 3N8
T: 514 351-2770 poste 243 Sans frais: 1 800 361-2001
Fax: 514 351-2658 Courriel: jdesrosiers@oppq.qc.ca

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ORDRE

Prénom & nom : _____

LETTRES MOULÉES

NUMÉRO DE PERMIS

TARIFS POUR LES INSCRIPTIONS EFFECTUÉES À PARTIR DU **1^{ER} AVRIL AU 30 JUIN 2019**
POUR L'EXERCICE SE TERMINANT LE **31 MARS 2020**

<input checked="" type="checkbox"/>	Veuillez cocher la catégorie qui s'applique à votre situation	Frais d'admission	* Cotisation	TPS 5%	TVQ 9,975%	Assurance responsabilité professionnelle	Contribution obligatoire au financement de l'Office des Professions	Total à payer
<input type="checkbox"/>	Membre régulier en milieu privé/public avec assurance de l'Ordre	125,00 \$	557,50 \$	34,13 \$	68,08 \$	65,40 \$	29,00 \$	879,11 \$
<input type="checkbox"/>	Membre régulier uniquement en milieu public avec assurance de l'Ordre	125,00 \$	557,50 \$	34,13 \$	68,08 \$	11,99 \$	29,00 \$	825,70 \$

* Le montant de la cotisation inclut 15.00 \$ pour le Fonds de recherche clinique en physiothérapie

SOUS-TOTAL : _____ \$

Si vous souhaitez recevoir la **revue Physio-Québec** en version papier, veuillez cocher cette case. Des frais de 3.16 \$ (taxes incluses) seront à ajouter à votre avis de cotisation pour couvrir une partie des frais associés à l'envoi des deux numéros qui seront publiés en cours d'année →

FRAIS REVUE PHYSIO QUÉBEC _____ \$

Attestation manipulations articulaires / Frais de 57,49 \$ (taxes incluses) →

FRAIS ATTEST. MANIPULATIONS _____ \$

TOTAL À PAYER : _____ \$

MODALITÉS DE PAIEMENT

Carte de crédit : Visa Master Card Chèque

Veillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) et le faire parvenir par la poste au siège social de l'Ordre.

NUMÉRO DE LA CARTE

DATE D'EXPIRATION

SIGNATURE

7151 rue Jean-Talon Est, bureau 700
Anjou (Québec) H1M 3N8
T: 514 351-2770 poste 243 Sans frais: 1 800 361-2001
Fax: 514 351-2658 Courriel: jdesrosiers@oppq.qc.ca

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ORDRE

Prénom & nom : _____

LETTRES MOULÉES

NUMÉRO DE PERMIS

TARIFS POUR LES INSCRIPTIONS EFFECTUÉES À PARTIR DU **1^{ER} JUILLET AU 31 JUILLET**
POUR L'EXERCICE SE TERMINANT LE **31 MARS 2020**

✓	Veuillez cocher la catégorie qui s'applique à votre situation	Frais d'admission	* Cotisation	TPS 5%	TVQ 9,975%	Assurance responsabilité professionnelle	Contribution obligatoire au financement de l'Office des Professions	Total à payer
<input type="checkbox"/>	Membre régulier en milieu privé/public avec assurance de l'Ordre	125,00 \$	421,89 \$	27,34 \$	54,55 \$	65,40 \$	29,00 \$	723,18 \$
<input type="checkbox"/>	Membre régulier uniquement en milieu public avec assurance de l'Ordre	125,00 \$	421,89 \$	27,34 \$	54,55 \$	11,99 \$	29,00 \$	669,77 \$

* Le montant de la cotisation inclut 15.00 \$ pour le Fonds de recherche clinique en physiothérapie

SOUS-TOTAL : \$ _____

Si vous souhaitez recevoir la **revue Physio-Québec** en version papier, veuillez cocher cette case. Des frais de 3.16 \$ (taxes incluses) seront à ajouter à votre avis de cotisation pour couvrir une partie des frais associés à l'envoi des deux numéros qui seront publiés en cours d'année →

FRAIS REVUE PHYSIO QUÉBEC \$ _____

Attestation manipulations articulaires / Frais de 57,49 \$ (taxes incluses) →

FRAIS ATTEST. MANIPULATIONS \$ _____

TOTAL À PAYER : \$ _____

MODALITÉS DE PAIEMENT

Carte de crédit : Visa Master Card Chèque

Veillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) et le faire parvenir par la poste au siège social de l'Ordre.

NUMÉRO DE LA CARTE

DATE D'EXPIRATION

SIGNATURE

7151 rue Jean-Talon Est, bureau 700
Anjou (Québec) H1M 3N8
T: 514 351-2770 poste 243 Sans frais: 1 800 361-2001
Fax: 514 351-2658 Courriel: jdesrosiers@oppq.qc.ca

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ORDRE

Prénom & nom : _____
LETTRES MOULÉES

NUMÉRO DE PERMIS

TARIFS POUR LES INSCRIPTIONS EFFECTUÉES À PARTIR DU **1^{ER} AOÛT AU 31 AOÛT 2019**
POUR L'EXERCICE SE TERMINANT LE **31 MARS 2020**

✓	Veuillez cocher la catégorie qui s'applique à votre situation	Frais d'admission	* Cotisation	TPS 5%	TVQ 9,975%	Assurance responsabilité professionnelle	Contribution obligatoire au financement de l'Office des Professions	Total à payer
<input type="checkbox"/>	Membre régulier en milieu privé/public avec assurance de l'Ordre	125,00 \$	376,68 \$	25,08 \$	50,04 \$	65,40 \$	29,00 \$	671,20 \$
<input type="checkbox"/>	Membre régulier uniquement en milieu public avec assurance de l'Ordre	125,00 \$	376,68 \$	25,08 \$	50,04 \$	11,99 \$	29,00 \$	617,79 \$

* Le montant de la cotisation inclut 15.00 \$ pour le Fonds de recherche clinique en physiothérapie

SOUS-TOTAL : _____ \$

Si vous souhaitez recevoir la **revue Physio-Québec** en version papier, veuillez cocher cette case. Des frais de 3.16 \$ (taxes incluses) seront à ajouter à votre avis de cotisation pour couvrir une partie des frais associés à l'envoi des deux numéros qui seront publiés en cours d'année →

FRAIS REVUE PHYSIO QUÉBEC _____ \$

Attestation manipulations articulaires / Frais de 57,49 \$ (taxes incluses) →

FRAIS ATTEST. MANIPULATIONS _____ \$

TOTAL À PAYER : _____ \$

MODALITÉS DE PAIEMENT

Carte de crédit : Visa Master Card Chèque

NUMÉRO DE LA CARTE

DATE D'EXPIRATION

SIGNATURE

Veuillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) et le faire parvenir par la poste au siège social de l'Ordre.

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Vous serez éligible à devenir membre de l'Ordre et porter le titre de « physiothérapeute » (pht) une fois que vous aurez complété vos études ou votre équivalence de diplôme avec succès. Cette étape franchie, vous pourrez faire votre demande à l'Ordre en nous faisant parvenir les documents suivants soit par la poste ou courriel à l'adresse suivante : jdesrosiers@oppq.qc.ca

- Formulaire de demande de permis d'exercice / 1^{re} inscription dûment rempli;
- Photocopie de votre relevé de notes final et officiel du registraire (*non nécessaire à la suite du processus d'une équivalence de diplôme*);

ou

- Photocopie de votre diplôme (*non nécessaire à la suite du processus d'une équivalence de diplôme*);

Note : Si votre diplôme n'a pas encore été délivré par votre université, une attestation de réussite émise par la direction du programme en physiothérapie sera acceptée. La personne responsable du programme la fera parvenir directement au service de l'admission. Toutefois, lorsque vous recevrez votre relevé de notes final ou diplôme, il sera nécessaire d'en faire parvenir une copie à l'Ordre afin de compléter votre dossier.

- Photographie d'identification (photo de votre visage, petit format) elle peut provenir de votre téléphone intelligent;
- Pour les personnes ayant étudié dans une **université anglophone du Québec**, veuillez nous fournir la preuve de la connaissance de la langue française (photocopie du diplôme d'études secondaires au Québec, ou la preuve de la réussite de l'examen de l'Office québécois de la langue française - OQLF);*
- Pour les **candidats des autres provinces** qui possèdent un permis d'exercice, nous avons besoin d'une attestation de bonne conduite professionnelle (lettre de « *good standing*») de votre organisme de réglementation;*
- Paiement requis.
Vous pouvez acquitter les frais reliés à l'admission par chèque à l'OPPQ (Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec), carte Visa ou MasterCard.

Coût :

Frais d'inscription et cotisation annuelle : se référer au formulaire d'avis de cotisation. Pour toute information, veuillez contacter M^{me} Julie Desrosiers, adjointe à l'admission, au 514 351-2770 / 1 800 361-2001, poste 243 jdesrosiers@oppq.qc.ca

Frais d'assurance de la responsabilité professionnelle : se référer au formulaire d'avis de cotisation

Par carte de crédit : Veuillez insérer les informations requises sur l'avis de cotisation. Notez que les trois chiffres derrière la carte ne sont pas nécessaires.

ANNEXE 1

#code	Ordres professionnels	# code	Ordres professionnels
1	Acupuncteurs	24	Ingénieurs
2	Administrateurs agréés	25	Ingénieurs forestiers
3	Agronomes	26	Inhalothérapeutes
4	Architectes	27	Médecins
5	Arpenteurs-géomètres	28	Médecins vétérinaires
6	Audioprothésistes	29	Notaires
7	Avocats	30	Opticiens d'ordonnances
8	Chimistes	31	Optométristes
9	Chiropraticiens	32	Orthophonistes et audiologistes
10	Comptables professionnels agréés	33	Pharmaciens
13	Conseillers et conseillères d'orientation	34	Podiatres
14	Conseillers en ressources humaines et en relations industrielles	45	Psychoéducateurs et psychoéducatrices
47	Criminologues	35	Psychologues
15	Dentistes	43	Sages-femmes
16	Denturologistes	46	Sexologues
17	Diététistes	36	Techniciens et techniciennes dentaires
18	Ergothérapeutes	37	Technologues médicaux
19	Évaluateurs agréés	39	Technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale
44	Géologues	38	Technologues professionnels
20	Huissiers de justice	40	Traducteurs, terminologues et interprètes agréés
21	Hygiénistes dentaires	41	Travailleurs sociaux, thérapeutes conjugaux et familiaux
22	Infirmières et infirmiers	42	Urbanistes
23	Infirmières et infirmiers auxiliaires		

ANNEXE 2

# code	Institutions	# code	Institutions
1	Université Laval	13	HEC
2	Université de Montréal	14	Cégep de Chicoutimi
3	Université McGill	15	Cégep François-Xavier-Garneau
4	Université d'Ottawa	16	Cégep Marie-Victorin
5	Université de Sherbrooke	17	Collège Montmorency
6	UQAM	18	Cégep de Sherbrooke
7	UQAC	19	Autre institution
8	UQAT	29	Cégep Beauce-Appalaches
9	UQAR	30	Centre matapédien d'études collégiales
10	UQTR	31	Cégep de Thetford
11	Université Concordia	32	Collège Ellis
12	UQEO	33	Dawson College