



7151, rue Jean-Talon, Est, bureau 700  
Anjou, (Québec) H1M 3N8  
T: 514 351-2770 poste 254 Sans frais: 1 800 361-2001  
Fax: 514 351-2658 Courriel: sdumont@oppq.qc.ca

## DÉCLARATION DU MEMBRE RETRAITÉ

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_,  
*NOM DU MEMBRE*

résidant au \_\_\_\_\_,  
*ADRESSE COMPLÈTE*

déclare au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, ce qui suit:

J'ai 55 ans et plus et j'ai cessé toute activité professionnelle ou bénévole liée à la physiothérapie en date du :

\_\_\_\_\_  
*ANNÉE | MOIS | JOUR*

Durant toute l'année de mon inscription au Tableau à titre de membre retraité, je m'engage à :

- Ne pas exercer sa profession en physiothérapie
- Ne pas exercer une activité clinique se rapprochant de la physiothérapie, notamment l'ostéopathie, la kinésiologie ou la massothérapie
- Aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si je souhaite reprendre mes activités professionnelles, afin que les démarches appropriées soient entreprises en vue de rétablir mon droit d'exercice, le cas échéant.

Le membre retraité a le droit de :

- Donner occasionnellement des conseils généraux en physiothérapie et prodiguer des premiers soins
- Porter son titre professionnel accompagné de la mention « à la retraite » ou « retraité(e) ».

En foi de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_  
*VILLE* *ANNÉE | MOIS | JOUR*

\_\_\_\_\_  
*NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES*

\_\_\_\_\_  
*NUMÉRO DU MEMBRE*

**X** \_\_\_\_\_  
*SIGNATURE DU MEMBRE*

ACCEPTÉE LE:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE  
L'ORDRE

VEUILLEZ NOTER QUE POUR ÊTRE TRAITÉE, CETTE DEMANDE DOIT PARVENIR À L'OPPQ DANS UN DÉLAI RAISONNABLE APRÈS LE DÉBUT D'UN DÉPART À LA RETRAITE.