

En raison de mon congé parental, d'adoption ou de proche aidant,

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

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

demande au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, de m'accorder une réduction de ma cotisation professionnelle.

**À cette fin, je déclare ce qui suit:**

- Je prends un congé parental ou d'adoption ou je m'absente du travail pour agir comme proche aidant pour une période d'**au moins six (6) mois consécutifs**.
- Je cesse mes activités professionnelles en date du \_\_\_\_\_  
*ANNÉE | MOIS | JOUR*
- Je m'engage à continuer à ne pas exercer la profession jusqu'au \_\_\_\_\_  
*ANNÉE | MOIS | JOUR*

**LA PÉRIODE DOIT ÊTRE D'AU MOINS SIX (6) MOIS CONSÉCUTIFS**

- J'accepte en conséquence qu'une mention de « non-exercice » soit inscrite au Tableau des membres de l'Ordre pour la période mentionnée ci-haut, et ce, tant que je bénéficierai d'une telle réduction de la cotisation professionnelle.
- Je m'engage à aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si le motif en vertu duquel j'aurai obtenu cette réduction de cotisation professionnelle venait à changer, afin que les démarches appropriées soient entreprises en vue de rétablir mon plein droit d'exercice, le cas échéant.

**Veillez retourner ce formulaire en incluant le document pertinent à votre motif:**

- Attestation d'une personne agissant à titre de proche aidant signée par un professionnel autorisé.  
**OU**
- Le billet médical signé par le médecin attestant la grossesse et dans lequel on confirme la période d'absence du travail.  
**OU**
- Le certificat ou la déclaration de naissance de l'enfant.  
**OU**
- Le jugement d'adoption.

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: