



En raison de mon congé de parentalité ou d'adoption, 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 de maternité ou un congé parental **d'au moins six (6) mois consécutifs** avant ou après la naissance ou l'adoption de mon enfant.
- 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:

- Le certificat médical attestant la grossesse et dans lequel on confirme la période d'absence du travail
- Le certificat ou la déclaration de naissance de l'enfant
- Le jugement ordonnant le placement ou le jugement étranger 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

VEUILLEZ NOTER QUE POUR ÊTRE TRAITÉE, CETTE DEMANDE DOIT PARVENIR À L'OPPQ DANS UN DÉLAI D'UN MOIS APRÈS LE DÉBUT D'UN CONGÉ DE PARENTALITÉ

ACCEPTÉE LE:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE L'ORDRE