

# DÉCLARATION INITIALE

## Exercice de la profession de podiatre en société 2021-2022



ORDRE  
DES **PODIATRES**  
DU QUÉBEC

Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre

### DIRECTIVES

La Déclaration de mise à jour annuelle avec modification doit être remplie et les frais exigibles doivent être acquittés entre **le 15 février et le 31 mars de chaque année** par le membre ou le répondant afin de conserver le droit d'exercer ses activités professionnelles de podiatrie en société, si la société fait l'objet de modification par rapport à la dernière déclaration annuelle ou de mise à jour courante. Dans le cas contraire, c'est la déclaration annuelle sans modification qui doit être remplie.

La Déclaration de mise à jour courante doit être remplie et les frais exigibles doivent être acquittés dès que le podiatre constate que la société fait l'objet de toute modification qui a un impact sur les informations reçues depuis la dernière déclaration, et ce, en cours d'exercice. En effet, le Règlement prévoit que l'Ordre doit être avisé sans délai de toute modification.

Le podiatre qui constate que l'une des conditions au Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société ou au Code des professions n'est plus satisfaite doit prendre les mesures nécessaires pour s'y conformer, à défaut de quoi, il cesse d'être autorisé à exercer ses activités professionnelles au sein de la société.

### SECTION 1

#### 1. IDENTIFICATION DU MEMBRE / RÉPONDANT (champs obligatoires)

Lorsque deux (2) podiatres ou plus exercent leurs activités professionnelles au sein d'une même société, un répondant doit être désigné pour agir pour l'ensemble des podiatres exerçant leurs activités professionnelles au sein de la société

Membre  Répondant

NOM DU MEMBRE / RÉPONDANT

N° DE PERMIS

**ACCEPTATION DU RÉPONDANT** ⇨ À remplir uniquement si un membre répondant de la société a été désigné ⇩

J'affirme être associé ou administrateur et actionnaire avec droit de vote et d'avoir été désigné pour agir pour l'ensemble des podiatres exerçant leurs activités professionnelles au sein de la société.

J'atteste être podiatre et exercer mes activités professionnelles au Québec au sein de la société.

J'ai accepté mon mandat en date du :

X

SIGNATURE DU RÉPONDANT

## 2. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

NOM OU DÉNOMINATION SOCIALE DE LA SOCIÉTÉ (ce nom apparaîtra sur le site Internet de l'Ordre)				N° d'entreprise (NEQ)	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL DE LA SOCIÉTÉ OU DU PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT					
No	RUE				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL	PAYS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TÉLÉPHONE		COURRIEL			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<b>Forme juridique de la société :</b>					
<input type="checkbox"/>	SENCRL	(société en nom collectif à responsabilité limitée)		Date de constitution	de la société :
<input type="checkbox"/>	SPA	(société par actions)		<input type="text"/>	

## 3. AUTRES NOMS OU DÉNOMINATIONS SOCIALES UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ (Dans tous les cas, les noms doivent également avoir été inscrits au Registraire des entreprises du Québec)

AUTRE NOM :

### NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

#### 4. NOM ET ADRESSE DES AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

##### ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N°	RUE
----	-----

MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	PAYS
--------------	----------	-------------	------

TÉLÉPHONE	COURRIEL
-----------	----------

##### ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N°	RUE
----	-----

MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	PAYS
--------------	----------	-------------	------

TÉLÉPHONE	COURRIEL
-----------	----------

##### ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N°	RUE
----	-----

MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL	PAYS
--------------	----------	-------------	------

TÉLÉPHONE	COURRIEL
-----------	----------

##### NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

## SECTION 2

### 1. RENSEIGNEMENTS SUR TOUS LES ASSOCIÉS, ACTIONNAIRES, ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- associé       administrateur  
 actionnaire     dirigeant

ADRESSE RÉSIDENIELLE  
N° RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

POURCENTAGE D' ACTIONS VOTANTES OU DE PART SOCIALES :

%

POURCENTAGE D' ACTIONS NON-VOTANTES :

%

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

- Non       Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

- Non       Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE:

- Conjoint  
 Parent

Nom du membre de l'Ordre

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- associé       administrateur  
 actionnaire     dirigeant

ADRESSE RÉSIDENIELLE  
N° RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

POURCENTAGE D' ACTIONS VOTANTES OU DE PART SOCIALES:

%

POURCENTAGE D' ACTIONS NON-VOTANTES :

%

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

- Non       Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

- Non       Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE:

- Conjoint  
 Parent

Nom du membre de l'Ordre

#### NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

## 2. INFORMATION SUR LES FIDUCIES DÉTENANT DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES DANS LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA FIDUCIE

POURCENTAGE D' ACTIONS VOTANTES OU DE PARTS SOCIALES:

%

POURCENTAGE D' ACTIONS NON-VOTANTES :

%

### VEUILLEZ IDENTIFIER TOUS LES FIDUCIAIRES

#### FIDUCIAIRE (POUR LES ACTIONS VOTANTES) OU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES ACTIONS NON-VOTANTES)

PRÉNOM NOM

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

Non

Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

Non

Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE:

Conjoint

Parent

Nom du membre de l'Ordre

#### FIDUCIAIRE (POUR LES ACTIONS VOTANTES) OU BÉNÉFICIAIRE (POUR LES ACTIONS NON-VOTANTES)

PRÉNOM NOM

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

Non

Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

Non

Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE:

Conjoint

Parent

Nom du membre de l'Ordre

#### NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

### 3. INFORMATIONS SUR LES PERSONNES MORALES OU ENTREPRISES DÉTENANT DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES DANS LA SOCIÉTÉ

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE

N° D'ENTREPRISE (NEQ) :

POURCENTAGE D'ACTIONS VOTANTES OU DE PARTS SOCIALES :

%

POURCENTAGE D'ACTIONS NON-VOTANTES :

%

VEUILLEZ IDENTIFIER TOUTES LES PERSONNES PHYSIQUES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES AINSI QUE LES ADMINISTRATEURS.

LORSQUE LES ACTIONS OU PARTS SOCIALES DE L'ENTITÉ JURIDIQUE SONT DÉTENUES PAR UNE AUTRE ENTITÉ JURIDIQUE, VEUILLEZ INDIQUER SA DÉNOMINATION SOCIALE OU SON NOM DANS LA CASE « NOM DE LA PERSONNE PHYSIQUE »

NOM DE LA PERSONNE PHYSIQUE

- Associé
- Actionnaire
- Administrateur

POURCENTAGE D'ACTIONS VOTANTES OU DE PART SOCIALES :

%

POURCENTAGE D'ACTIONS NON-VOTANTES :

%

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

- Non  Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

- Non  Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE :

- Conjoint  
 Parent

Nom du membre de l'Ordre

NOM DE LA PERSONNE PHYSIQUE

- Associé
- Actionnaire
- Administrateur

POURCENTAGE D'ACTIONS VOTANTES OU DE PART SOCIALES :

%

POURCENTAGE D'ACTIONS NON-VOTANTES :

%

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

- Non  Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

- Non  Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE :

- Conjoint  
 Parent

Nom du membre de l'Ordre

#### NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

#### SECTION 3

# 1. NOM ET STATUT(S) DES MEMBRES DE L'ORDRE PAR ÉTABLISSEMENT OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

POUR CHAQUE ÉTABLISSEMENT, VEUILLEZ FOURNIR L'IDENTITÉ DE TOUS LES EMPLOYÉS/TRAVAILLEURS AUTONOMES MEMBRES DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC QUI Y EXERCENT.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

## EMPLOYÉ(S) / TRAVAILLEUR(S) AUTONOME(S) MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC

MEMBRE DE L'ORDRE  
PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé  
 Travailleur autonome

MEMBRE DE L'ORDRE  
PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé  
 Travailleur autonome

MEMBRE DE L'ORDRE  
PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé  
 Travailleur autonome

MEMBRE DE L'ORDRE  
PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé  
 Travailleur autonome

### NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

**2. NOM ET STATUT(S) DES EMPLOYÉS MEMBRES D'UN ORDRE PROFESSIONNEL AUTRE QUE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC PAR ÉTABLISSEMENT OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ**

**POUR CHAQUE ÉTABLISSEMENT, VEUILLEZ FOURNIR L'IDENTITÉ, DE TOUS LES EMPLOYÉS ET/OU TRAVAILLEURS AUTONOMES MEMBRES D'UN ORDRE PROFESSIONNEL AUTRE QUE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC, QUI Y EXERCENT.**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

**EMPLOYÉ(S) / TRAVAILLEUR(S) AUTONOME(S) MEMBRE D'UN ORDRE PROFESSIONNEL AUTRE QUE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC**

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé  
 Travailleur autonome

ORDRE PROFESSIONNEL

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé  
 Travailleur autonome

ORDRE PROFESSIONNEL

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé  
 Travailleur autonome

ORDRE PROFESSIONNEL

**NOTE**

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

## SECTION 4

### 1. ATTESTATION ET DÉCLARATION SOUS SERMENT DU MEMBRE OU DU RÉPONDANT AU NOM DE LA SOCIÉTÉ

- JE, \_\_\_\_\_, déclare sous serment que :
- NOM DU MEMBRE / RÉPONDANT (PRÉNOM, NOM)
- je suis membre en règle de l'Ordre des podiatres du Québec et dûment inscrit au Tableau de l'Ordre;
  - je suis dûment autorisé à remplir la présente déclaration et à formuler des engagements pour et au nom de la société;
  - je m'engage à informer l'Ordre sans délai de toute modification aux informations transmises dans la dernière déclaration qui aurait pour effet d'affecter le respect des conditions prévues au *Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société*;
  - tous les documents joints à la présente déclaration sont conformes aux originaux, qu'ils n'ont fait l'objet d'aucune modification et qu'ils sont complets et exacts;
  - je comprends que toute déclaration fautive ou incomplète pourra entraîner des conséquences importantes.

Je déclare sous serment que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration sont exacts et complets et que toutes les conditions et modalités d'exercice prévues au *Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société* sont respectées.

X  
SIGNATURE DU MEMBRE / RÉPONDANT

#### SIGNÉ ET ASSERMENTÉ DEVANT MOI:

à (ville) \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

X  
SIGNATURE DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION et SCEAU

\_\_\_\_\_  
NOM EN LETTRES MOULÉES

### 2. DOCUMENTS À TRANSMETTRE

Vous devez soumettre la déclaration dûment remplie (document en format .pdf uniquement) au Service des Greffes de l'Ordre des podiatres du Québec à l'adresse courriel suivante : [info@ordredespodiatres.qc.ca](mailto:info@ordredespodiatres.qc.ca).

Pour toute question : 1-888-514-7433 sans frais ou (514) 288-0019 poste 258

À DÉFAUT de remettre l'ensemble des documents au moment de transmettre la déclaration, celle-ci ne sera pas traitée. Veuillez prévoir un délai de 30 jours pour le traitement de votre déclaration.

Liste des documents à envoyer :

- Déclaration initiale dûment remplie, signée et assermentée;
- Document écrit (ou une copie conforme) émis par l'autorité compétente attestant que la société est dûment immatriculée au Québec;
- Document écrit (ou une copie conforme) attestant que la société maintient un établissement au Québec;
- Autorisation irrévocable dûment remplie et signée donnant droit d'exiger un document ou une copie d'un document visé à l'article 11 du *Règlement*;
- Un document ou une copie d'un document visé à l'article II du *Règlement*;
- Statuts constitutifs ou contrat constituant la S.E.N.C.R.L.;
- Paiement des frais exigibles.

### 3. FRAIS EXIGIBLES

#### Exercice 2021-2022

Déclaration initiale – frais pour ouverture, analyse et avis de conformité en vertu du *Règlement* : **681,80 \$** [593,00 \$ + 29,65 \$ (TPS) + 59,15 \$ (TVQ)]

- Par podiatre détenant des actions avec droit de vote ou des parts sociales.
- Par podiatre qui exerce des activités professionnelles au sein d'une société elle-même actionnaire ou associée de la société.

#### NOTE

Ce montant inclut les frais représentant les coûts reliés au traitement de la déclaration initiale d'exercice en société et le montant des droits annuels d'exercice en société de l'année en cours.

Par carte de crédit seulement :

Prénom (titulaire de la carte)	
<input type="text"/>	
Nom de famille (titulaire la carte)	
<input type="text"/>	
Adresse courriel du titulaire de la carte	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard
Numéro de la carte de crédit	Date d'expiration
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MM AA
<input type="text"/>	
X	<input type="text"/>
Signature du titulaire de la carte	Date signature

# DÉCLARATION ÉCRITE IRRÉVOCABLE

Exercice de la profession de podiatre en société



ORDRE  
DES **PODIATRES**  
DU QUÉBEC

Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre

Je, \_\_\_\_\_ au nom de la société \_\_\_\_\_,  
donne droit à une personne, un comité, une instance disciplinaire ou un tribunal visés à l'article 192 du *Code des professions*, d'exiger de toute personne qui en a la garde la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 11 du *Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société* ou copie d'un tel document.

En vertu des articles 2 (6°) et 11 du *Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société*, les documents qui peuvent être exigés sont les suivants :

Société par actions (S.P.A.)	Société en nom collectif à responsabilité limitée (S.E.N.C.R.L.)
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Registre à jour des statuts et règlements de la société;</li><li>2. Registre à jour des actions de la société;</li><li>3. Registre à jour des actionnaires;</li><li>4. Registre à jour des administrateurs de la société;</li><li>5. Toute convention entre actionnaires et entente relative à leur droit de vote ainsi que leurs modifications;</li><li>6. Déclaration et certificat d'immatriculation de la société et sa mise à jour;</li><li>7. Liste complète et à jour des principaux dirigeants de la société et leur adresse résidentielle.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Déclaration d'immatriculation et sa mise à jour;</li><li>2. Contrat de la société et ses modifications;</li><li>3. Registre à jour des associés de la société;</li><li>4. Registre à jour des administrateurs de la société;</li><li>5. Liste complète et à jour des principaux dirigeants de la société et leur adresse résidentielle.</li></ol>

X

SIGNATURE DU MEMBRE / RÉPONDANT

AAAA/MM/JJ