

DEMANDE DE RECONNAISSANCE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE PROGRAMME DE QUALIFICATION EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE

Note importante

Ce formulaire doit être complété par tout prestataire de formation qui veut faire reconnaître son programme de formation initiale qui permettra aux étudiants de se qualifier aux examens de l'Autorité des marchés financiers (l'Autorité) en courtage hypothécaire. Il peut être soumis en même temps que le formulaire : Demande de reconnaissance- Prestataire de formation initiale.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

| PARTIE 1 – INFORMATIONS GÉNÉRALES | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------|------------------|---|-------------|--|--|--|--|
| IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE (en lettres majuscules) | | | | | | | | | |
| Nom du prestataire | | | | | | | | | |
| Numéro de prestataire (10 chiffres) | | | | | | | | | |
| Type d'organisation : | | | | Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ADRESSE DE CORRESPONDANCE | | | | | | | | | |
| N° d'immeuble | | Rue | | Bureau | | | | | |
| Municipalité | | | Province | | Code postal | | | | |
| N° de tél. (principal) | | N° de tél. (autre) | | | Poste | | | | |
| Adresse du site internet : | | | Adresse courriel | | | | | | |

| IDENTIFICATION DE LA FORMATION | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|---|--|---------|--|--|--|
| Titre de la formation | | | | | | | | | |
| Titre de la formation en anglais (si applicable) | | | | | | | | | |
| Date de début | | | Date de fin | | | | | | |
| Durée de la formation (mois) | | | | | | | | | |
| Langue d'enseignement | | Français <input type="checkbox"/> | | Anglais <input type="checkbox"/> | | Autre : | | | |
| Cette formation sera à diffusion | | Unique <input type="checkbox"/> | | Récurrente : 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> | | Autre | | | |
| Clientèle visée par cette formation | | | Courtier hypothécaire <input type="checkbox"/> | | | Autre : | | | |
| Lieu de la formation | | | | | | | | | |
| Coût de la formation (si applicable) | | | | | | | | | |
| Type de diffusion | | | Formation à distance <input type="checkbox"/> En salle <input type="checkbox"/> | | | | | | |

DEMANDE DE RECONNAISSANCE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE PROGRAMME DE QUALIFICATION EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE

| IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DE PROGRAMME | | | | | | | | | |
|---|-----------|--|-----|---|-----|--|-------------|-------|--|
| N° de client (10 chiffres) | | | | | | | | | |
| M ^{me} <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> | Prénom(s) | | | | Nom | | | | |
| Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année | | | | Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ADRESSE DE CORRESPONDANCE | | | | | | | | | |
| N° d'immeuble | | | Rue | | | | App. | | |
| Municipalité | | | | Province | | | Code postal | | |
| N° de tél. (domicile) | | | | N° de tél. (travail) | | | | Poste | |
| N° de tél. cell. | | | | Adresse courriel | | | | | |

EXIGENCES DE RECONNAISSANCE

PARTIE 2 – PLAN DE COURS

Note importante

Pour les cégeps, veuillez joindre un tableau de correspondance démontrant les liens entre les éléments du curriculum de formation et les plans-cadres de votre programme.

Veuillez décrire la planification des activités d'enseignement de la formation et la manière dont ces activités rejoindront les objectifs d'apprentissage visés :

Veuillez joindre votre plan de cours détaillé ou remplir le modèle proposé à l'annexe 1.

PARTIE 3 – ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES

Veillez préciser les types d'évaluation qui seront retenus dans le cadre de la formation :

- Évaluation formative
- Évaluation sommative

Veillez énumérer les modalités d'évaluation qui seront utilisées :

Veillez remplir le plan de cours détaillé en annexe 1 en y inscrivant toutes les évaluations de la formation ou nous faire parvenir le plan de cours détaillé de votre formation. Dans ce dernier cas, assurez-vous que les évaluations sont bien précisées et décrites.

Veillez joindre une copie des tableaux de spécifications des évaluations qui seront utilisés.

PARTIE 4 – FORMATEURS

IDENTIFICATION DES FORMATEURS (OBLIGATOIRE)

| N° de client Autorité | Nom | Prénom |
|-----------------------|-----|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Veillez joindre une copie de l'annexe 2 pour chacun des formateurs associés à l'activité de formation.

DOCUMENTS À JOINDRE

- Plan de cours détaillé de la formation (ou l'annexe 1)
- Tableau de correspondance entre le curriculum de formation et les plans-cadres (cégeps)
- Plans-cadres (cégeps uniquement)
- Tableaux des spécifications des évaluations
- Curriculum vitae de tous les formateurs et du responsable de programme
- Tous les soutiens à l'apprentissage offerts

PARTIE 5 – DÉCLARATIONS**Note importante**

Cette section doit être remplie obligatoirement par le responsable de formation.

Vous devez respecter les critères de reconnaissance prévus à la Politique de formation continue.

1. Avez-vous vérifié les antécédents disciplinaires et criminels des formateurs associés à la présente demande? Oui Non

2. Un des formateurs a-t-il plaidé coupable, été déclaré coupable par un tribunal canadien ou étranger d'une infraction ou d'un acte criminel, fait l'objet de poursuites civiles en lien avec les activités de représentant ou fait l'objet de sanctions disciplinaires imposées par un comité de discipline? Vous n'avez pas à répondre oui à cette question si le formateur a été reconnu non coupable ou que les chefs d'accusation portés contre lui ont été retirés. Oui Non

3. Un des formateurs a-t-il été en défaut d'acquitter les amendes, dépens ou intérêts imposés à son encontre par un comité de discipline ou par la Cour du Québec, siégeant en appel d'une décision de l'un de ces comités ou a-t-il été en défaut d'acquitter les amendes reliées à la commission d'une infraction en vertu des lois et code suivants : *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ c. D-9.2; ancienne *Loi sur les intermédiaires de marché*, RLRQ c. I-15.1; ancienne *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ c. C-73.1; *Loi sur les valeurs mobilières*, RLRQ c. V-1.1; *Code des professions*, RLRQ c. C-26? Oui Non

Si vous avez répondu oui aux questions 2 et 3, veuillez nous transmettre des détails concernant ces déclarations.

PARTIE 6 – DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

Signature du responsable

Date : ____ / ____ / ____

année mois jour

PARTIE 7 – FRAIS EXIGIBLES ET PAIEMENT

Note importante

Les frais applicables à cette demande ne sont pas remboursables.

| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT | | | |
|---|-----------|---|--|
| N° de client (10 chiffres) | | | |
| M ^{me} <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> | Prénom(s) | Nom | |
| Nom de l'entreprise | | | |
| FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1 ^{er} MAI 2020 AU 31 DÉCEMBRE 2020 | | | |
| Demande de reconnaissance d'un programme de formation initiale non subventionné par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport* <input type="checkbox"/> 223 \$ | | | Si vous payez par carte de crédit, veuillez reporter ce montant à l'endroit indiqué d'un * ci-dessous. Si le montant indiqué est supérieur au montant dû, nous nous réservons le droit de corriger ce montant et de l'ajuster à la baisse. |
| MODE DE PAIEMENT | | | |
| <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat-poste | | Veuillez faire votre paiement à l'ordre de l'Autorité des marchés financiers et le dater du jour de l'envoi de votre formulaire. | |
| <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express | | J'accepte que l'Autorité prélève la somme de * _____ \$. N° de la carte : ____ / ____ / ____ / ____ Date d'expiration : ____ / ____ mois année | |
| | | Nom du détenteur de la carte de crédit (en lettres majuscules) | |
| | | Signature du détenteur de la carte de crédit Date : ____ / ____ / ____ année mois jour | |

*Veuillez prendre note que les organismes subventionnés par le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport sont dispensés des frais de reconnaissance.

L'Autorité accepte les formulaires envoyés par **la poste** seulement.
Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Faites parvenir votre paiement à l'adresse suivante :

Autorité des marchés financiers
 Place de la Cité, tour Cominar
 2640, boulevard Laurier, bureau 400
 Québec (Québec) G1V 5C1

SVP, ne pas supprimer cette page
lors de l'impression de votre formulaire.

Cette page blanche a été placée volontairement, car la page
Partie 7 – Frais exigibles et paiement doit être imprimée
sur une page seule, sans information au verso.

Plan de cours formation initiale (modèle)

| Titre de l'activité | |
|---------------------|-------------------|
| | |
| Durée prévue | Type de formation |
| | |

| Objectifs généraux d'apprentissage |
|---|
| <i>Indiquer les objectifs généraux de la formation.</i> |

| Objectifs spécifiques d'apprentissage | Éléments de contenu | Durée | Activités d'apprentissage | Soutien à l'apprentissage | Critères de performance | Évaluation | Référence |
|--|--|---------------------|---------------------------------|---------------------------|---|--|---|
| <i>Ex. : Définir le rôle de l'Autorité des marchés financiers dans le secteur des services financiers.</i> | <i>Ex. :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mission de l'Autorité</i> • <i>Rôle</i> • <i>Exercices des fonctions</i> • <i>Lois administratives</i> • <i>Pouvoirs de l'Autorité</i> | <i>Ex. : 15 min</i> | <i>Ex. : Activité de groupe</i> | <i>Ex. : Manuel</i> | <i>Ex. : Définition juste du rôle de l'Autorité des marchés financiers dans le secteur des services financiers.</i> | <i>Ex. : Évaluation formative et sommative finale.</i> | <i>Loi sur l'encadrement du secteur financier et informations officielles du site Internet de l'Autorité.</i> |

| Objectifs spécifiques d'apprentissage | Éléments de contenu | Durée | Activités d'apprentissage | Soutien à l'apprentissage | Critères de performance | Outil d'évaluation | Référence |
|---------------------------------------|---------------------|-------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------|-----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| INFORMATIONS GÉNÉRALES | |
|---|--|
| IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE (en lettres majuscules) | |
| Numéro de client | |
| Nom du prestataire | |
| Titre de la formation | |

| FORMATEUR | |
|---|---|
| IDENTIFICATION DU FORMATEUR (OBLIGATOIRE) | |
| N° de client (10 chiffres) | |
| M ^{me} <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> | Prénom(s) _____ Nom _____ |
| Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année | Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> |
| ADRESSE DE CORRESPONDANCE | |
| N° d'immeuble _____ | Rue _____ App. _____ |
| Municipalité _____ | Province _____ Code postal _____ |
| N° de tél. (domicile) _____ | N° de tél. (travail) _____ Poste _____ |
| N° de tél. cell. _____ | Adresse courriel _____ |
| EXPÉRIENCE LIÉE AU CONTENU DE LA FORMATION | |
| Expérience en _____ | _____ an(s) |
| _____ | |
| | |
| EXPÉRIENCE PERTINENTE EN FORMATION | |
| Expérience en _____ | _____ an(s) |
| Nombre de formations données | _____ |

Veillez joindre le curriculum vitae du formateur

| | |
|------------------------------|--|
| Nom du prestataire | |
| Date de demande | |
| Titre de la formation | |

Lorsque vous faites une demande de reconnaissance de formation initiale par nos services en ligne, veuillez vous assurer que tous vos documents ont été téléchargés lors de la demande. Veuillez noter que toute demande de reconnaissance de formation qui ne sera pas complète ne sera pas évaluée.

Votre demande de reconnaissance de formation ne sera pas complète avant la réception de tous les documents nécessaires à l'évaluation de cette dernière.

Veuillez utiliser cette liste de vérification afin de vous assurer que vous avez fourni toutes les informations nécessaires au bon traitement de votre demande.

| N° | Information à fournir | Information décrite en détail dans le formulaire | Information transmise dans un document en pièce jointe |
|------------------------------------|--|--|--|
| EXIGENCES DE RECONNAISSANCE | | | |
| 1 | <input type="checkbox"/> Le plan de cours détaillé de la formation (ou l'annexe 1) | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> Tableau de correspondance entre le curriculum de formation et les plans-cadres (cégeps) | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> Plans-cadres (cégeps uniquement) | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> Tableaux des spécifications des évaluations | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> Curriculum vitae de tous les formateurs et du responsable de programme | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> Tous les soutiens à l'apprentissage offerts | | |