

**DEMANDE DE RENOUELEMENT ET MODIFICATION  
ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE  
PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE**

**RENOUELEMENT**  
 **MODIFICATION**

**Note importante**

*Ce formulaire doit être rempli par tout prestataire qui désire renouveler ou modifier une activité de formation continue en courtage hypothécaire déjà reconnue.*

*Nous vous rappelons que vous devez informer l'Autorité des marchés financiers (l'Autorité) de toute modification qui apporte un changement significatif au contenu, à la structure, au type de formation, au nombre d'heures de formation ou à tout autre élément sur lequel l'Autorité s'est appuyée pour reconnaître le programme.*

*Pour un renouvellement, veuillez remplir la partie 2.*

*Pour une modification, veuillez remplir la partie 3.*

*Cette demande doit être traitée et acceptée avant toute diffusion du programme. L'Autorité se réserve le droit de révoquer la reconnaissance d'une activité qui ne respecterait plus les critères de reconnaissance.*

*Ce formulaire peut être soumis en même temps qu'un formulaire de demande d'ajout ou de retrait de formateur.*

**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				

**DEMANDE DE RENOUELEMENT ET MODIFICATION  
ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE  
PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE**

**RENOUELEMENT**  
 **MODIFICATION**

IDENTIFICATION DE LA FORMATION									
Titre de la formation									
Code de la formation									
Date de début			Date de fin						
Durée de la formation			<input type="checkbox"/> _____ Heure(s)						
Langue d'enseignement		Français <input type="checkbox"/>		Anglais <input type="checkbox"/>		Autre :			
Cette formation sera à diffusion		Unique <input type="checkbox"/>		Récurrence : 1 an <input type="checkbox"/>		2 ans <input type="checkbox"/>		Autre	
Clientèle visée		<input type="checkbox"/> Courtier hypothécaire		<input type="checkbox"/> Dirigeant responsable		Autre :			
Lieu de la formation		<input type="checkbox"/> Montréal			<input type="checkbox"/> Région, spécifiez :				
		<input type="checkbox"/> Québec			<input type="checkbox"/> Autre :				
Coût de la formation (si applicable)									
IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DE PROGRAMME									
N° de client (10 chiffres)									
M <sup>me</sup> <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							

**PARTIE 2 – RENOUELEMENT**

**Note importante**

*Si l'activité de formation continue reconnue n'a subi aucune modification au moment du renouvellement, veuillez remplir la partie 4 – Déclarations.*

*Si l'activité de formation continue déjà reconnue a subi des modifications au moment du renouvellement, veuillez vous référer à la partie 3 – Modification.*

**PARTIE 3 – MODIFICATION**

**Note importante**

*Cette partie doit être remplie par le responsable de programme.*

**RESPONSABLE DU PROGRAMME**

*Remplissez cette section si vous désirez apporter des modifications concernant le responsable du programme.*

IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DU PROGRAMME									
Numéro de client (10 chiffres)									
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		
Adresse courriel									

Veuillez joindre le curriculum vitae du nouveau responsable du programme.

## EXIGENCES DE RECONNAISSANCE

---

*Remplissez les sections où des modifications sont à prévoir.*

### STRUCTURE, CONTENU ET PLAN DE COURS

Veillez décrire les modifications apportées à la structure, au contenu et/ou au plan de cours :

---

---

---

---

---

---

---

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

Veillez joindre tous les nouveaux soutiens à l'apprentissage offerts aux participants.

Ces modifications affectent-elles la durée totale de votre formation?

- Oui  
 Non

Si oui, veuillez nous indiquer la nouvelle durée totale de la formation : \_\_\_\_\_ heure(s).

*Veillez prendre en considération qu'une modification de la durée totale de la formation affectera le nombre d'unités de formation continue (UFC) qui y sera attribué.*

### ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES

Veillez préciser quels types d'évaluation seront modifiés dans le cadre de la formation :

- Évaluation formative  
 Évaluation sommative

**DEMANDE DE RENOUELEMENT ET MODIFICATION**  
**ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE**  
**PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE**  
 **RENOUELEMENT**  
 **MODIFICATION**

Veuillez énumérer les changements effectués dans les méthodes d'évaluation qui seront utilisées :

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Veuillez joindre une copie de toutes les évaluations qui seront distribuées aux participants lors de la formation.

**FORMATEURS**

*Si des changements de formateurs sont à prévoir, veuillez remplir et joindre à cette demande le formulaire de demande d'ajout ou de retrait de formateur.*

**TYPE DE DIFFUSION**

Veuillez nous indiquer le nouveau type de diffusion :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cours en salle              | <input type="checkbox"/> Conférence         |
| <input type="checkbox"/> Formation à distance        | <input type="checkbox"/> Congrès            |
| <input type="checkbox"/> Vidéoconférence - webinaire | <input type="checkbox"/> Formation en ligne |
| <input type="checkbox"/> Colloque                    | <input type="checkbox"/> Autre              |

Raison de la modification :

---

---

---

DEMANDE DE RENOUELEMENT ET MODIFICATION  
ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE  
PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE  
 RENOUELEMENT  
 MODIFICATION

LIEU DE LA FORMATION

Veuillez nous indiquer le nouveau lieu de la formation :

- Montréal  Région(s), spécifiez :  
 Québec  Autres :

REDEVANCES

Vous devez respecter les termes et conditions du guide des critères de reconnaissance des prestataires d'activités de formation continue, des activités de formation continue et des activités de formation personnelles.

Cette formation est-elle appuyée par un ou plusieurs manuel(s) rédigé(s) par l'Autorité des marchés financiers? Le cas échéant, les manuels de l'Autorité des marchés financiers seront-ils vendus aux participants de l'activité de formation?  Oui  Non

Si oui, lesquels?

---

---

---

---

Avez-vous signé une convention de licence avec l'Autorité pour ces manuels?

- Oui  
 Non

Je déclare que les renseignements concernant les redevances admissibles de cette formation sont exacts.

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable de programme

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

## DOCUMENTS À JOINDRE

- Curriculum vitae du nouveau responsable de programme (si applicable)
- Plan de cours détaillé de la formation à jour (si applicable)
- Toutes les nouvelles évaluations de la formation (si applicable)
- Tous les nouveaux soutiens à l'apprentissage offerts

## PARTIE 4 – DÉCLARATIONS

### Note importante

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

Vous devez respecter les critères de reconnaissance prévus par le *Guide sur les critères de reconnaissance de prestataires de formation continue*.

### FORMATEUR

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 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.*

PROGRAMME D'ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE

Est-ce que votre programme de formation a subi l'une des modifications suivantes :

- a) Le type de formation  Oui  Non  
*Si vous avez répondu oui à cette question, assurez-vous de remplir et transmettre les documents à l'appui.*
- b) La structure  Oui  Non  
*Si vous avez répondu oui à cette question, assurez-vous de remplir et transmettre les documents à l'appui.*
- c) La durée  Oui  Non  
*Si vous avez répondu oui à cette question, assurez-vous de remplir et transmettre les documents à l'appui.*
- d) Le type de diffusion  Oui  Non  
*Si vous avez répondu oui à cette question, assurez-vous de donner les informations demandées.*
- e) Le lieu  Oui  Non  
*Si vous avez répondu oui à cette question, assurez-vous de donner les informations demandées.*
- f) Le contenu  Oui  Non  
*Si vous avez répondu oui à cette question, assurez-vous de remplir et transmettre les documents à l'appui.*
- g) Un ajout ou un retrait de formateur  Oui  Non  
*Si vous avez répondu oui à cette question, assurez-vous de transmettre une demande d'ajout ou de retrait de formateur.*

DÉCLARATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que toutes les modifications apportées à l'activité de formation continue précisée dans cette demande ont été déclarées et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques. Je m'engage à aviser sans délais l'Autorité des marchés financiers de toute modification qui apporterait un changement significatif au contenu, à la structure, au type de formation, au nombre d'heures de formation ou à tout autre élément sur lequel l'Autorité s'est appuyée pour reconnaître l'activité.

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable de formation

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour





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

Cette page blanche a été placée volontairement, car la page  
**Partie 5 Frais exigibles et paiement** doit être imprimée  
sur une page seule, sans information au verso.

**ANNEXE 1 : Plan de cours formation initiale (modèle)**

<b>Titre de l'activité</b>	
<b>Durée prévue</b>	<b>Type de formation</b>

<b>Objectif général d'apprentissage</b>
<i>Indiquer les objectifs généraux de la formation.</i>

<b>Objectifs spécifiques d'apprentissage</b>	<b>Éléments de contenu</b>	<b>Durée</b>	<b>Activités d'apprentissage</b>	<b>Soutien à l'apprentissage</b>	<b>Critères de performance</b>	<b>Évaluation</b>	<b>Référence</b>
<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"> <li>• <i>Mission de l'Autorité</i></li> <li>• <i>Rôle</i></li> <li>• <i>Exercices des fonctions</i></li> <li>• <i>Lois administratives</i></li> <li>• <i>Pouvoirs de l'Autorité</i></li> </ul>	<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


**DEMANDE DE RENOUELEMENT ET MODIFICATION  
ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE  
PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE EN COURTAGE HYPOTHÉCAIRE  
ANNEXE 2 : LISTE DE VÉRIFICATION**

<b>Nom du prestataire</b>	
<b>Date de demande</b>	
<b>Titre de la formation</b>	

Lorsque vous faites une demande de reconnaissance ou de modification de formation continue par nos services en ligne, veuillez vous assurer que tous vos documents ont été numérisés en un (1) document. Veuillez noter que toute demande qui ne sera pas complète ne sera pas évaluée.

Votre demande 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
1	Curriculum vitae du nouveau responsable du programme (si applicable)		
2	Plan de cours détaillé de la formation à jour (si applicable)		
3	Toutes les nouvelles évaluations de la formation (si applicable)		
4	Tous les nouveaux soutiens à l'apprentissage offerts (si applicable)		