

Droit civil   
 Common law   
 Programme complet   
 Maladie-accidents seulement

**PARTIE 1 – IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE DE COURS**

Nom							
<b>ADRESSE</b>							
N°		Rue				Bureau	
Ville			Province			Code postal	
Téléphone				Site Web			

**PARTIE 2 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom			Nom		
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Titre				Téléphone (travail)			Poste
Courriel							

**PARTIE 3 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RESSOURCE  
(RESPONSABLE DE DOSSIER)**

M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prénom			Nom		
M. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Titre				Téléphone (travail)			Poste
Courriel				Télécopieur			

Les responsabilités de la personne-ressource sont les suivantes :

- Elle accepte d'être inscrite à la liste de distribution de la publication *Les Nouvelles* de l'Autorité;
- Elle s'engage à transmettre l'information pertinente présentée dans *Les Nouvelles* aux formateurs concernés et, s'il y a lieu, aux étudiants inscrits aux cours reconnus;
- Elle s'engage à informer l'Autorité des marchés financiers (Autorité) avant la mise en œuvre de tout changement relatif aux cours évalués notamment :
  - aux contenus des cours;
  - à la durée des cours;
  - à la séquence des cours;
  - aux codes des cours;
  - au code du programme.

#### PARTIE 4 – IDENTIFICATION DU PROGRAMME OU DU COURS

Titre du programme ou du cours : \_\_\_\_\_

Numéro de recommandation nationale pour ce programme ou ce cours : \_\_\_\_\_

Durée totale (heures) : \_\_\_\_\_

Dans quelle langue est offert le programme?     Français     Anglais

Quels modes de prestation sont prévus pour le programme (*vous pouvez cocher plus d'un choix*) :

- En tutorat individualisé
- En classe
- En ligne en mode synchrone
- En ligne en mode asynchrone

#### PARTIE 5 – LIEUX DE FORMATION

Si le programme est offert à plusieurs endroits, veuillez nous transmettre la liste des lieux de formation afin de diffuser cette information sur le site Web de l'Autorité.

- À l'adresse du prestataire de cours

1. Ville : \_\_\_\_\_ Région : \_\_\_\_\_

2. Ville : \_\_\_\_\_ Région : \_\_\_\_\_

3. Ville : \_\_\_\_\_ Région : \_\_\_\_\_

4. Ville : \_\_\_\_\_ Région : \_\_\_\_\_

5. Ville : \_\_\_\_\_ Région : \_\_\_\_\_

## PARTIE 6 – DÉCLARATION DU RESPONSABLE

**J'atteste que :**

- les formateurs retenus possèdent les compétences requises pour offrir la formation;
- les renseignements fournis dans le présent formulaire ainsi que dans les documents joints sont exacts.

Oui

Non

**L'organisme que je représente s'engage à :**

- respecter la Convention de licence lors du développement, de l'utilisation et de la distribution de matériel pédagogique utilisé dans le cadre de ce cours;
- évaluer adéquatement les connaissances et les habiletés individuelles du postulant;
- superviser adéquatement ces évaluations;
- conserver pour une pendant deux ans les examens du postulant;
- fournir au postulant une lettre confirmant la note qu'il a obtenue pour le cours reconnu;
- adopter des pratiques pédagogiques qui respectent l'engagement de confidentialité que les postulants doivent signer lors de la passation des examens de l'Autorité;
- informer l'Autorité de tout changement relatif au contenu ou à la structure du cours présenté.

Oui

Non

Aussi, je comprends que l'Autorité pourrait mettre fin à la reconnaissance ainsi qu'à la Convention de licence si un écart important et persistant était observé entre les résultats obtenus par nos étudiants aux examens de l'Autorité et les taux de réussite moyens :

Oui

Non

\_\_\_\_\_  
Signature

Date :

\_\_\_\_\_  
jour      mois      année

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.

**PARTIE 7 – FRAIS EXIGIBLES ET PAIEMENT**
**Note importante**

*Les frais applicables à cette demande ne sont pas remboursables.*

INFORMATION CONCERNANT LE CLIENT	
Mme. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Prénom  Nom  Nom de l'entreprise
FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1 <sup>er</sup> JANVIER 2019 AU 31 DÉCEMBRE 2019 (les frais ne sont pas remboursables)	
Frais d'étude de la demande :	<input type="checkbox"/> 219 \$ X _____ (nombre de cours)
Montant dû : _____ \$	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>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.</p> </div>
MODE DE PAIEMENT	
<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat-poste	Veuillez faire votre paiement à l'ordre de <b>l'Autorité des marchés financiers</b> et le dater <b>du jour de l'envoi</b> 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 : ____ / ____ <div style="text-align: center; font-size: small;">mois      année</div> Nom du détenteur de la carte de crédit <b>(en lettres majuscules)</b>
	_____ Date : ____ / ____ / ____ <div style="text-align: center; font-size: small;">année      mois      jour</div> Signature du détenteur de la carte de crédit

L'Autorité accepte les formulaires 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