

# Demande d'ajout et de retrait de superviseur

## Note importante

Le titulaire d'un certificat probatoire peut changer de superviseur pendant la période probatoire à la condition que l'AMF ait été informée au préalable.

Le superviseur doit :

- être autorisé à exercer au moment de la période probatoire;
- avoir été titulaire d'un certificat pendant au moins 24 mois au cours des 36 derniers mois et avoir agi comme représentant dans la même discipline ou catégorie que celle visée par le postulant;
- satisfaire aux conditions prévues aux articles 45 et 46 du *Règlement relatif à la délivrance et au renouvellement du certificat de représentant*.

## Consignes

Pour ajouter un ou plusieurs superviseurs à une période probatoire, remplissez la section 3 « Ajout de superviseur ».

Pour retirer un ou plusieurs superviseurs à une période probatoire remplissez la section 4 « Retrait de superviseur ».

Pour remplacer un superviseur par un autre, indiquez le superviseur à retirer dans la section 4 « Retrait de superviseur » et celui qui le remplacera dans la section 3 « Ajout de superviseur ».

Dans le cas où vous souhaitez procéder à plus de trois modifications, veuillez imprimer et joindre une page supplémentaire de la section appropriée à votre demande.

Notez que quatre superviseurs peuvent être désigné sur une période probatoire.

## Services en ligne

Plutôt que de remplir ce formulaire, vous pouvez maintenant faire votre demande en utilisant nos services en ligne, accessibles sur notre site Web au [www.lautorite.qc.ca/](http://www.lautorite.qc.ca/).

**Partie 1 – Identification de l'employeur (en lettres majuscules)**

Nom de l'employeur

N° de client  
(10 chiffres)

N° d'inscription

**Adresse de correspondance**

N° d'immeuble

Rue

Bureau

Municipalité

Province

Code postal

Je déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques. Je confirme également tenir un dossier sur les activités externes du stagiaire, le cas échéant, lequel contient les documents et les renseignements énumérés au *Règlement sur le cabinet, le représentant autonome et la société autonome* RLRQ, c. D-9.2, r.2.

Nom du dirigeant responsable ou  
signataire autorisé (en lettres majuscules)

Signature

Date

Nous vous rappelons qu'au Québec, toute entreprise privée est assujettie aux obligations prévues à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ, c. P-39.1, dont l'application relève de la Commission d'accès à l'information. Nous vous référons au site Web de l'AMF pour connaître les règles générales d'application de cette loi, à l'adresse suivante : [Protection des données et des renseignements personnels | AMF \(laautorite.qc.ca\)](http://protection.des.donnees.et.des.renseignements.personnels.la.amf.laautorite.qc.ca).

**Partie 2 – Identification du postulant (en lettres majuscules)**

Mme

Prénom(s)

Nom

M.

N° de client  
(10 chiffres)

Date de naissance

**Adresse résidentielle**

N° d'immeuble

Rue

Municipalité

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

Type de  
téléphone

Domicile

Travail

Cellulaire

**Centre d'information**

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

### Partie 3 – Ajout de superviseur

*À remplir seulement si cette situation s'applique à vous. Les parties 1, 2 et 5 doivent également être remplies.*

Notez que l'ajout de superviseur sera effectué au moment du traitement de la demande par l'AMF. Il n'est pas possible de demander l'entrée en fonction d'un superviseur dans le futur.

**Veuillez déclarer si le superviseur ajouté a un lien familial avec le stagiaire.**

**Le lien familial est créé par le sang, par adoption ou par alliance.**

#### Partie 3.1 – Ajout de superviseur 1

|                                                     |           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|
| Mme                                                 | Prénom(s) | Nom                                |
| M.                                                  |           |                                    |
| N° de client<br>(10 chiffres)                       |           | N° de certificat<br>(6 chiffres)   |
| Discipline ou catégorie<br>de discipline supervisée |           |                                    |
| Nom de l'employeur                                  |           | N° d'inscription<br>de l'employeur |

#### Informations complémentaires

|                      |          |          |            |                                   |            |
|----------------------|----------|----------|------------|-----------------------------------|------------|
| Téléphone            |          | Courriel |            |                                   |            |
| Type de<br>téléphone | Domicile | Travail  | Cellulaire | Lien familial avec le postulant ? | Oui<br>Non |

#### Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

**Partie 3.2 – Ajout de superviseur 2**

|                                                     |           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|
| Mme<br>M.                                           | Prénom(s) | Nom                                |
| N° de client<br>(10 chiffres)                       |           | N° de certificat<br>(6 chiffres)   |
| Discipline ou catégorie<br>de discipline supervisée |           |                                    |
| Nom de l'employeur                                  |           | N° d'inscription<br>de l'employeur |

**Informations complémentaires**

|                                   |          |          |            |
|-----------------------------------|----------|----------|------------|
| Téléphone                         |          | Courriel |            |
| Type de<br>téléphone              | Domicile | Travail  | Cellulaire |
| Lien familial avec le postulant ? |          |          | Oui<br>Non |

**Partie 3.3 – Ajout de superviseur 3**

|                                                     |           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|
| Mme<br>M.                                           | Prénom(s) | Nom                                |
| N° de client<br>(10 chiffres)                       |           | N° de certificat<br>(6 chiffres)   |
| Discipline ou catégorie<br>de discipline supervisée |           |                                    |
| Nom de l'employeur                                  |           | N° d'inscription<br>de l'employeur |

**Informations complémentaires**

|                                   |          |          |            |
|-----------------------------------|----------|----------|------------|
| Téléphone                         |          | Courriel |            |
| Type de<br>téléphone              | Domicile | Travail  | Cellulaire |
| Lien familial avec le postulant ? |          |          | Oui<br>Non |

**Centre d'information**

Sans frais : 1 877 525-0337  
 Québec : 418 525-0337  
 Montréal : 514 395-0337

**Partie 4 – Retrait de superviseurs**

*À remplir seulement si cette situation s'applique à vous. Les parties 1, 2 et 5 doivent également être remplies.*

**Veillez indiquer la date de fin de la supervision ainsi que la raison du retrait.**

**Notez qu'il n'est pas possible de retirer un superviseur pour une date passée.**

**Partie 4.1 – Retrait de superviseur 1**

|                                                     |                                                                                             |                                    |                      |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Mme                                                 | Prénom(s)                                                                                   | Nom                                |                      |
| M.                                                  |                                                                                             |                                    |                      |
| N° de client<br>(10 chiffres)                       |                                                                                             | N° de certificat<br>(6 chiffres)   |                      |
| Discipline ou catégorie<br>de discipline supervisée |                                                                                             |                                    |                      |
| Nom de l'employeur                                  |                                                                                             | N° d'inscription<br>de l'employeur |                      |
| Date de fin de supervision                          |                                                                                             |                                    |                      |
| Raison du retrait :                                 | Absence définitive<br>(départ de l'entreprise, retraite, décès)                             | Erreur d'attribution               | Demande de l'employé |
|                                                     | Non-disponibilité<br>(Changement de poste interne,<br>congé prolongé, surcharge de travail) | Conflit d'intérêts                 | Autre (préciser) :   |

**Partie 4.2 – Retrait de superviseur 2**

|     |           |     |
|-----|-----------|-----|
| Mme | Prénom(s) | Nom |
| M.  |           |     |

---

|                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| N° de client<br>(10 chiffres) | N° de certificat<br>(6 chiffres) |
|-------------------------------|----------------------------------|

---

Discipline ou catégorie  
de discipline supervisée

---

|                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| Nom de l'employeur | N° d'inscription<br>de l'employeur |
|--------------------|------------------------------------|

|                            |                                                                                             |                      |                      |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Date de fin de supervision |                                                                                             |                      |                      |
| Raison du retrait :        | Absence définitive<br>(départ de l'entreprise, retraite, décès)                             | Erreur d'attribution | Demande de l'employé |
|                            | Non-disponibilité<br>(Changement de poste interne,<br>congé prolongé, surcharge de travail) | Conflit d'intérêts   | Autre (préciser) :   |

**Partie 4.3 – Retrait de superviseur 3**

|     |           |     |
|-----|-----------|-----|
| Mme | Prénom(s) | Nom |
| M.  |           |     |

---

|                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| N° de client<br>(10 chiffres) | N° de certificat<br>(6 chiffres) |
|-------------------------------|----------------------------------|

---

Discipline ou catégorie  
de discipline supervisée

---

|                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| Nom de l'employeur | N° d'inscription<br>de l'employeur |
|--------------------|------------------------------------|

|                            |                                                                                             |                      |                      |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Date de fin de supervision |                                                                                             |                      |                      |
| Raison du retrait :        | Absence définitive<br>(départ de l'entreprise, retraite, décès)                             | Erreur d'attribution | Demande de l'employé |
|                            | Non-disponibilité<br>(Changement de poste interne,<br>congé prolongé, surcharge de travail) | Conflit d'intérêts   | Autre (préciser) :   |

**Partie 5 – Frais exigibles et paiement**
**Information concernant le client**

N° de client (10 chiffres)

Mme

Prénom(s)

Nom(s)

M.

Nom de l'entreprise

**Frais exigibles pour la période allant du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026  
(Veuillez noter que les frais ne sont pas remboursables)**

Frais d'étude de la demande :

☒ 86,00\$

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**

Chèque

Veuillez faire votre paiement à l'ordre de l'**Autorité des marchés financiers** et le dater du jour de l'envoi de votre formulaire.

Mandat poste

J'accepte que l'AMF prélève la somme de \*

\$

N° de la carte

Date d'expiration  
(Mois / Année)

Visa

Nom du détenteur  
de la carte de crédit  
(en lettres majuscules)

Mastercard

American Express

Signature du détenteur  
de la carte de crédit

Date :

**Aucun formulaire** envoyé à l'AMF par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Seuls les formulaires en version papier envoyés par **la poste** seront acceptés.

Faites parvenir votre formulaire ainsi que votre paiement à l'adresse suivante :

**Autorité des marchés financiers**

Place de la Cité, tour PwC  
2640, boulevard Laurier, bureau 400  
Québec (Québec) G1V 5C1

**Centre d'information**

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337