

Demande d'autorisation de période probatoire

Note importante à l'employeur, au postulant et au superviseur

- Pendant la période probatoire, le stagiaire doit effectuer maximum 40 heures de travail par semaine pendant une durée maximale de 12 ou 24 semaines, selon la catégorie de discipline ou la discipline visée.
- Le postulant doit obligatoirement être titulaire d'un certificat probatoire valide avant de débiter sa période probatoire et d'exercer des activités à titre de stagiaire. Durant toute la durée de validité du certificat probatoire, le postulant sera inscrit au registre public de l'AMF à titre de stagiaire. Toute pratique sans autorisation constitue une pratique illégale et peut entraîner des sanctions.
- Pour que le postulant puisse obtenir un certificat probatoire, chacun des examens de la discipline ou de la catégorie de discipline choisie doit avoir été réussi et être valide.
- Si le nombre d'heures requis pour la période probatoire ne peut pas être effectué avant sa durée maximale par manque de supervision ou pour cause d'invalidité, l'employeur doit déposer une *Demande d'annulation de la période probatoire*. La période probatoire ne peut être prolongée au-delà de la durée maximale établie.
- Quand la période probatoire prend fin, le certificat probatoire reste valide pour 30 jours. Si la période probatoire est réussie, il est possible de déposer une demande de délivrance de certificat. Si cette demande est reçue alors que le certificat probatoire est toujours valide, celui-ci demeurera en vigueur jusqu'à la décision de l'AMF concernant la délivrance de certificat.

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.

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 \(lautorite.qc.ca\)](https://www.lautorite.qc.ca/Protection-des-donnees-et-des-renseignements-personnels).

Partie 2 – Identification du postulant (en lettres majuscules)

Mme

Prénom(s)

Nom

M.

N° de client
(10 chiffres)

Date de naissance

Adresse résidentielle

No 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 – Choix de discipline ou catégorie de discipline de la période probatoire

Rappel : La période probatoire ne peut excéder 40 heures par semaine.

Pour une discipline complète, elle :

- **dure au plus 24 semaines;**
- **doit totaliser au moins 336 heures.**

Pour une catégorie de discipline, elle :

- **dure au plus 12 semaines;**
- **doit totaliser au moins 168 heures.**

Date de début souhaitée ¹	Disciplines et catégories de disciplines
_____ / _____ / _____ Jour Mois Année	Assurance de personnes Assurance contre la maladie et les accidents
_____ / _____ / _____ Jour Mois Année	Assurance collective de personnes Régimes d'assurance collective Régimes de rentes collectives
_____ / _____ / _____ Jour Mois Année	Assurance de dommages Assurance de dommages des particuliers Assurance de dommages des entreprises
_____ / _____ / _____ Jour Mois Année	Expertise en règlement de sinistres Expertise en règlement de sinistres en assurance de dommages des particuliers Expertise en règlement de sinistres en assurance de dommages des entreprises
_____ / _____ / _____ Jour Mois Année	Courtage hypothécaire

¹ : La date de début sera confirmée par l'AMF sur le certificat probatoire.

Partie 4 – Choix de superviseurs

Vous devez identifier entre un et quatre superviseurs.

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*.

Veillez 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 4.1 – Choix de superviseur 1

Mme					Nom
M.	Prénom(s)				
N° de client (10 chiffres)			N° de certificat (6 chiffres)		
Discipline ou catégorie de discipline supervisée					
Nom de l'employeur				N° d'inscription de l'employeur	
Informations complémentaires					
Téléphone			Courriel		
Type de téléphone	Domicile	Travail	Cellulaire	Lien familial avec le postulant ?	
				Oui	
				Non	

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

Partie 4.2 – Choix de superviseur 2

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

Informations complémentaires

Téléphone		Courriel		
Type de téléphone	Domicile	Travail	Cellulaire	Lien familial avec le postulant ? Oui Non

Partie 4.3 – Choix de superviseur 3

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

Centre d'information

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

Informations complémentaires

Téléphone

Courriel

Type de
téléphone

Domicile

Travail

Cellulaire

Lien familial avec le postulant ?

Oui

Non

Partie 4.4 – Choix de superviseur 4

Mme

Prénom(s)

Nom

M.

N° de client
(10 chiffres)

N° de certificat
(6 chiffres)

Discipline ou catégorie
de discipline supervisée

Nom de l'employeur

N° d'inscription
de l'employeur

Informations complémentaires

Téléphone

Courriel

Type de
téléphone

Domicile

Travail

Cellulaire

Lien familial avec le postulant ?

Oui

Non

Partie 5 – Déclaration du postulant

Cette section doit être remplie obligatoirement par le postulant.

Il peut aussi faire sa déclaration dans les [services en ligne](#) après la réception de la demande par l'AMF.

Veuillez répondre à toutes les questions ci-dessous. En fonction des réponses fournies, des pièces justificatives additionnelles pourraient être exigées.

Veuillez vous référer à la section *Professionnels* de notre site Web au www.lautorite.qc.ca pour les autres formulaires requis, le cas échéant. L'AMF entend par « Depuis votre dernière déclaration » toute déclaration que vous avez transmise antérieurement à l'AMF à titre de postulant ou de représentant certifié sous la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2 (la « LDPSF »).

Pour une première déclaration, veuillez répondre en donnant l'historique complet des faits relatifs à chacune des questions ci-dessous.

-
- | | | |
|----|--|--------------|
| 1. | Depuis votre dernière déclaration, avez-vous commencé à exercer des activités externes constituant une prestation de services liés aux finances ou exigeant la séparation des clientèles ? | Oui Non |
|----|--|--------------|

Vous n'avez pas à répondre « Oui » à cette question s'il s'agit d'activités découlant d'un droit de pratique accordé par l'AMF ou par l'Organisme canadien de réglementation des investissements (OCRI) puisque l'AMF détient déjà cette information. Pour plus de détails, veuillez consulter notre page Web intitulée [Activités à déclarer \(activités externes\)](#).

➔ Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir et transmettre le **Formulaire de déclaration d'une activité externe**.

-
- | | | |
|----|--|--------------|
| 2. | Depuis votre dernière déclaration, avez-vous : | |
| | <ul style="list-style-type: none">• été déclaré coupable d'une infraction ou d'un acte criminel par un tribunal canadien ou étranger; | |
| | ou | |
| | <ul style="list-style-type: none">• fait l'objet d'une poursuite civile en lien avec les activités de représentant; | Oui Non |
| | ou | |
| | <ul style="list-style-type: none">• fait l'objet d'une sanction disciplinaire imposée par un comité de discipline ou par un organisme du Québec, d'une autre province ou d'un autre État chargé de la surveillance et du contrôle des personnes agissant à titre de représentant ? | |

Vous devez répondre « Oui » à cette question si une absolution inconditionnelle ou conditionnelle vous a été accordée en vertu du *Code criminel*, L.R.C. (1985), c. C-46. Toutefois, vous n'avez pas à répondre « Oui » si vous avez été reconnu non coupable ou que les chefs d'accusation portés contre vous ont été retirés.

➔ Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir et transmettre le **Formulaire en cas de déclaration de culpabilité**.

3. Êtes-vous en défaut d'acquitter les amendes, les dépens et les intérêts imposés soit par un comité de discipline, soit par la Cour du Québec siégeant en appel d'une décision de ce comité de discipline, ou êtes-vous en défaut d'acquitter les amendes reliées à la commission d'une infraction en vertu des lois et du code suivants : *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D9.2; *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ, c. C-73.2; *Loi sur les valeurs mobilières*, RLRQ, c. V-1.1; *Code des professions*, RLRQ, c. C-26 ?
- Oui Non

→ Si vous avez répondu « Oui », veuillez annexer les détails à votre demande.

4. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous vu votre certificat ou votre droit de pratique suspendu, radié, révoqué, assorti de restrictions ou de conditions, ou avez-vous déjà été exclu soit par un comité de discipline soit par un organisme du Québec, d'une autre province ou d'un autre État chargé de la surveillance et du contrôle des personnes agissant à titre de représentant, dans une discipline ou catégorie encadrée par la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2, la *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ, c. C-73.2, ou par la *Loi sur les valeurs mobilières*, RLRQ, c. V-1.1 ?
- Oui Non

Vous n'avez pas à répondre « Oui » à cette question s'il s'agit d'une décision rendue par l'AMF, cette dernière détient déjà cette information.

→ Si vous avez répondu « Oui », veuillez nous fournir les informations suivantes :

N° de décision

Date

Nom du décideur

Discipline ou catégorie

5. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous :

- déposé une proposition de consommateur ou une proposition concordataire en vertu d'une loi sur la faillite ou l'insolvabilité ?

ou

Oui Non

- fait faillite, fait cession de vos biens ou été sous le coup d'une ordonnance de séquestre prononcée en vertu d'une loi sur la faillite ou l'insolvabilité ?

→ Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir et transmettre le **Formulaire en cas de faillite ou d'insolvabilité**.

-
6. Êtes-vous sous un régime de protection de tutelle, de curatelle ou de conseiller au majeur ? Oui Non

Le régime de protection est un mécanisme prévu par la loi pour protéger les personnes frappées d'une incapacité juridique. Le superviseur n'est pas considéré comme un tuteur, un curateur ou un conseiller au majeur.

→ Si vous avez répondu « Oui », veuillez annexer les détails à votre demande.

-
7. Depuis votre dernière déclaration, avez-vous été administrateur, dirigeant ou associé d'un cabinet ou d'une société dont l'inscription a été radiée en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2, de la *Loi sur le courtage immobilier*, RLRQ, c. C-73.2, ou de la *Loi sur les valeurs mobilières*, RLRQ, c. V-1.1 ? Oui Non

→ Si vous avez répondu « Oui », veuillez annexer les détails à votre demande.

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

Je m'engage à informer l'AMF de tout changement à un renseignement ou à un document fourni dans le cadre de cette demande dans les 5 jours suivant la date à laquelle il survient ou, s'il concerne l'exercice d'une autre activité (« activité externe »), dans les 30 jours de ce changement.

Signature

Date

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

Cette page blanche a été placée volontairement,
car la page

Partie 6 - Frais exigibles et paiement doit être imprimée
sur une page seule, sans information au verso.

Partie 6 – Frais exigibles et paiement
Information concernant le client

N° de client (10 chiffres)

Mme

Prénom(s)

Nom

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\$
Cotisation au Fonds d'indemnisation des services financiers :	☒ 30,00\$
	=
Montant total dû :	☒ 116,00\$

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

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.

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

\$

N° de la carte

Date d'expiration

Visa

Mastercard

American Express

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

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