



7151, rue Jean-Talon, Est, bureau 700  
Anjou, (Québec) H1M 3N8  
T: 514 351-2770 poste 254 Sans frais: 1 800 361-2001  
Fax: 514 351-2658 Courriel: secretariat\_general@oppq.qc.ca

En raison de mon congé de maladie, je soussigné(e), \_\_\_\_\_,  
résidant au \_\_\_\_\_,  
demande au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, de m'accorder une réduction de  
ma cotisation professionnelle.

NOM DU MEMBRE

ADRESSE COMPLÈTE

**À cette fin, je déclare ce qui suit:**

- Je suis en congé de maladie pour une période **d'au moins 24 semaines consécutives**
- J'ai cessé mes activités professionnelles en date du : \_\_\_\_\_  
ANNÉE | MOIS | JOUR
- Je n'ai pas exercé la profession **ou** je m'engage à ne pas exercer la profession jusqu'au : \_\_\_\_\_  
ANNÉE | MOIS | JOUR
- J'accepte en conséquence qu'une mention de « non-exercice » soit inscrite au Tableau des membres de l'Ordre pour la période mentionnée ci-haut, et ce, tant que je bénéficierai d'une telle réduction de la cotisation professionnelle.
- Je m'engage à aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si le motif en vertu duquel j'aurai obtenu cette réduction de cotisation professionnelle venait à changer, afin que les démarches appropriées soient entreprises en vue de rétablir mon plein droit d'exercice, le cas échéant.

**Veillez retourner ce formulaire en incluant le document suivant:**

- Le billet médical signé par le médecin dans lequel on confirme la période d'absence au travail.

En foi de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_  
VILLE

ce \_\_\_\_\_  
ANNÉE | MOIS | JOUR

NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES

NUMÉRO DU MEMBRE

**X** \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU MEMBRE

ACCEPTÉE LE:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE  
L'ORDRE

VEUILLEZ NOTER QUE POUR ÊTRE TRAITÉE, CETTE DEMANDE DOIT PARVENIR À L'OPPQ DANS UN DÉLAI  
RAISONNABLE APRÈS LE RETOUR DU CONGÉ DE MALADIE.