

Attestation de l'expérience professionnelle du demandeur

Ce formulaire doit être rempli dans le cadre d'une demande d'admissibilité en vertu de l'arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications entre l'Ordre des experts-comptables de France et l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec.

⚠ Ce formulaire doit être rempli par un collègue expert-comptable **seulement** si le demandeur ne satisfait pas au nombre minimal d'heures de stage effectué au cours des cinq dernières années en certification (expertise comptable) et en audit (vérification), telles que requises par l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec, et confirmées par l'Ordre des experts-comptables de France.

En remplissant ce formulaire, vous consentez à la collecte et à l'utilisation par l'Ordre de vos renseignements personnels transmis aux fins de protection du public. Ceux-ci seront accessibles aux membres du personnels de l'Ordre qui en ont besoin dans l'exercice de leurs fonctions. Cette démarche obligatoire permet :

- > de vous identifier afin d'attester de l'expérience professionnelle du demandeur ou de la demandeuse;
- > de vous demander de faire toute autre déclaration nécessaire à l'Ordre pour le contrôle de l'exercice de la profession; et
- > de protéger autrement le public.

J'ai lu et je comprends (obligatoire).

Pour toute question, demande ou commentaire en lien avec la gestion de vos renseignements personnels par l'Ordre, consultez la section [Protection des renseignements personnels](#) de notre site Web et notre [Ligne directrice sur la protection des renseignements personnels](#).

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Prénom (Tel qu'il apparaît sur les documents officiels du demandeur)

Nom (Tel qu'il apparaît sur les documents officiels du demandeur)

N° de référence à l'Ordre des experts-comptables de France

Partie 2 Renseignements sur l'employeur

Prénom du répondant

Nom du répondant

N° de référence à l'Ordre des experts-comptables de France

Titre professionnel

Poste occupé

Téléphone

Courriel

Raison sociale de l'entreprise

Adresse

Bureau

Ville

Province

Code postal

Pays

Partie 3 Expérience de travail du demandeur

Poste occupé

Début

Fin

| _____ | | AAAA | | MM | | JJ | | AAAA | | MM | | JJ |

Temps plein Temps partiel

Nombre d'heures consacrées aux missions de certification liées aux comptes annuels au cours de cette période d'emploi :

Nombre total | _____ | heures

Certification (expertise comptable) | _____ | heures

Missions d'audit | _____ | heures

Autres missions | _____ | heures

SVP précisez :

| _____ | | _____ | heures

| _____ | | _____ | heures

| _____ | | _____ | heures

| _____ | | _____ | heures

Partie 4 Signature

_____| | AAAA | | MM | | JJ |
Signature du répondant autorisé à remplir ce formulaire (obligatoire) Date

 Prière de retourner ce formulaire dûment rempli et signé par l'un des moyens suivants :

► Par courriel :
equivalence@cpaquebec.ca

► Par la poste :
Ordre des CPA du Québec
Accès à la profession
5, Place Ville Marie, bureau 800
Montréal (Québec) H3B 2G2