ORDRE DES COMPTABLES PROFESSIONNELS AGRÉÉS DU QUÉBEC

5, Place Ville Marie, bureau 800, Montréal (Québec) H3B 2G2
T. 514 288-3256 1 800 363-4688 Téléc. 514 843-8375
www.cpaquebec.ca

Inspection professionnelle
Questionnaire de renseignements confidentiels (QRC)

IMPORTANT

Vous devrez téléverser dans Sharepoint le QRC dûment rempli **30 jours avant la date prévue d'inspection** selon les instructions que vous aurez reçues par courriel. N'oubliez pas d'**enregistrer votre formulaire sur votre poste de travail** avant de commencer à le remplir, afin de ne perdre aucune donnée.

À l'usage exclusif de l'Ordre

Date de la réception du QRC AAAA MM JJ

N° de l'inspection _____ Date de l'inspection _____

Inspecteur _____ N° de l'employeur _____

Partie 1 Renseignements sur le cabinet

Regroupement de cabinets comptables

Votre cabinet fait-il partie d'un regroupement de cabinets comptables? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez remplir le tableau suivant en y inscrivant les informations pour tous vos établissements au Québec, en commençant par ceux faisant partie de la présente inspection.

Établissements	Inspection courante	Nombre total de mandats		
		Audit	Examen	Compilation
Raison sociale **1** et adresse	☐ Oui ☐ Non			
Raison sociale **2** et adresse	☐ Oui ☐ Non			
Raison sociale **3** et adresse	☐ Oui ☐ Non			
Raison sociale **4** et adresse	☐ Oui ☐ Non			

Répondant et associés

Nom du répondant pour l'inspection	Téléphone et poste	Courriel
	____ ____-____ ____	
Noms des associés qui collaboreront avec l'inspecteur (si différent du répondant)		

Partie 1 Renseignements sur le cabinet (suite)

Des associés ou des signataires offrent-ils des services dans plus d'un établissement? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

⚠ Si l'espace est insuffisant, veuillez joindre une liste en annexe.

	Prénom et nom	Raisons sociales et villes où les services sont offerts	Nature des principales activités*
Associé **1**			
Associé **2**			
Associé **3**			
Associé **4**			

* Nature des activités : audit, examen, compilation, contrôle qualité, comptabilité de management et gestion, fiscalité, évaluation d'entreprise, juricomptabilité, planification financière, autres

Partie 2 Gestion des risques

Veuillez indiquer la valeur des services professionnels annuels offerts par votre cabinet. ☐ Moins de 40 000 $ ☐ Plus de 40 000 $

Consultez la liste des services professionnels que les CPA peuvent offrir à des tiers (tous les services professionnels offerts à des tiers par des CPA devraient être inclus dans cette valeur).

Poursuite judiciaire

a. L'établissement fait-il ou a-t-il fait l'objet d'une poursuite judiciaire associée aux services professionnels offerts depuis la dernière inspection? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer la nature des poursuites :

Acceptation de mandats

Avez-vous eu au cours des 12 mois précédant l'inspection :

b. De nouveaux mandats ou clients? ☐ Oui ☐ Non

c. Des clients qui ont adopté un nouveau référentiel comptable pour la première fois? ☐ Oui ☐ Non

d. Des clients pour lesquels l'intégrité de la direction a été remise en question (fraude, réputation ternie, etc.)? ☐ Oui ☐ Non

e. Des clients pour lesquels des services complémentaires significatifs ont été rendus en sus des mandats de certification? ☐ Oui ☐ Non

f. Avez-vous signé une lettre, un formulaire ou tout autre document, ou autrement fourni une confirmation, une attestation ou une assurance similaire à un tiers concernant la solvabilité financière, la santé financière, la capacité d'exécution ou toute autre situation similaire? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez les énumérer ci-dessous :

Partie 2 **Gestion des risques** (suite)

Ressources humaines

g. L'établissement dispose-t-il d'un plan d'urgence en cas de congés de maladie ou de départs imprévus? ☐ Oui ☐ Non

h. Est-ce que des employés clés ou des associés ont quitté l'établissement au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non

Logiciels et outils

i. Utilisez-vous des logiciels spécialisés dans le cadre de vos activités professionnelles? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom du ou des logiciel(s) utilisé(s) dans le cadre des mandats :

Nom des programmes ou des listes de contrôle utilisés :

Catégories/types de dossiers ou de missions pour lesquels les logiciels et les programmes sont utilisés :

Nom du ou des logiciel(s) utilisé(s) pour effectuer le suivi des heures et honoraires du cabinet :

j. Les logiciels, questionnaires ou listes de contrôle utilisés sont-ils mis à jour selon les dernières modifications des normes?. ☐ Oui ☐ Non

k. Utilisez-vous des outils et techniques automatisés, y compris ceux faisant appel à l'intelligence artificielle, dans le cadre de vos activités professionnelles? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer le nom des outils utilisés :

l. Avez-vous effectué des changements importants à votre méthodologie pour vos missions? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire les changements effectués et leur date de mise en application :

Contrôle qualité et inspection de missions achevées

m. i) Nom de l'associé responsable de la gestion de la qualité au sein du cabinet :

ii) Nom et titre du contrôleur qualité :

S'il y a lieu, le contrôle qualité des dossiers est-il effectué par des ressources internes ou externes? ☐ Interne ☐ Externe ☐ Sans objet

iii) Nom et titre de la personne désignée par le cabinet ayant effectué l'inspection des dossiers achevés (cette inspection ne doit pas être réalisée par un membre de l'équipe de mission, y compris le signataire) :

S'il y a lieu, la révision des dossiers achevés est-elle effectuée par des ressources internes ou externes? ☐ Interne ☐ Externe ☐ Sans objet

iv) Veuillez indiquer la date de la dernière inspection interne des missions achevées pour votre établissement :

n. Votre établissement a-t-il accès à un service centralisé de pratique professionnelle (associés ou personnel affectés spécifiquement à la gestion des risques, au soutien technique et au suivi des politiques et procédures de contrôle qualité du cabinet)? ☐ Oui ☐ Non

Comme mentionné dans les directives à l'intention des praticiens inspectés, vous devez fournir une copie de votre Guide de gestion de la qualité ainsi qu'une copie des rapports de l'inspection cyclique des missions achevées, y compris le détail des mandats révisés et les résultats.

Partie 3 Gestion documentaire

1. Vos dossiers d'audit, d'examen et de compilation effectués **depuis la dernière inspection** doivent être disponibles lors de l'inspection. Sur quel support (papier, électronique ou les deux) l'inspecteur devra-t-il réviser les dossiers?

Période	Audit		Examen		Compilation	
	Papier	Électronique	Papier	Électronique	Papier	Électronique
Année courante						
Année précédente 1						
Année précédente 2						
Année précédente 3						

Commentaires :

2. Avez-vous une copie de sécurité de vos données informatisées? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer l'endroit où elle est conservée :

Si vous n'avez pas de copie de sécurité de vos données informatisées ou si vous considérez que l'endroit de conservation n'est pas sécurisé, quelles sont les mesures que vous prendrez pour rectifier la situation?

3. Au cours des 12 mois précédant l'inspection :

	Audit		Examen	
	Oui	Non	Oui	Non
a) Avez-vous été victime de piratage de vos données?	☐	☐	☐	☐
b) Avez-vous perdu des données (feu, eau, problématique de sauvegarde ou d'archivage)?	☐	☐	☐	☐
Veuillez fournir des détails sur la violation, les mesures correctives et les fichiers concernés :				

Partie 4 Ressources humaines

Tableau 1 – Identification des CPA travaillant à temps plein et à temps partiel au sein de votre établissement à la date prévue de l'inspection (incluant le praticien seul).

⚠ Si votre établissement compte plus de 4 CPA, référez-vous au document de conciliation déposé dans SharePoint.

Prénom Nom	**N° de membre**	**Rôle** Choisissez un élément du menu déroulant	**Nouvel associé depuis la dernière inspection?**	**Permis d'auditeur**	**Nature des principales activités***
	⌊_____⌋		☐ Oui ☐ Non	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur	
	⌊_____⌋		☐ Oui ☐ Non	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur	
	⌊_____⌋		☐ Oui ☐ Non	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur	
	⌊_____⌋		☐ Oui ☐ Non	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur	

Tableau 2 – Identification des CPA ayant travaillé au sein de votre établissement au cours des 12 mois précédant l'inspection sur une base journalière ou contractuelle (s'il y a lieu).

Prénom Nom	**N° de membre**	**Permis d'auditeur**	**Nature des principales activités***	**Nombre de jours travaillés**
	⌊_____⌋	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur		⌊____⌋
	⌊_____⌋	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur		⌊____⌋
	⌊_____⌋	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur		⌊____⌋
	⌊_____⌋	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur		⌊____⌋
	⌊_____⌋	☐ Auditeur ☐ Auditeur limité à la mission d'examen ☐ Non auditeur		⌊____⌋

* Nature des activités : audit, examen, compilation, contrôle qualité, comptabilité de management et gestion, fiscalité, évaluation d'entreprise, juricomptabilité, planification financière, autres

Partie 4 **Ressources humaines** (suite)

Tableau 3 – Nombre de CPA au sein de votre établissement à la date prévue de l'inspection (un associé ne doit pas s'inscrire dans plus d'une case)

Composition de l'établissement – Membre(s) CPA	Total
Associé(s)* ayant des mandats d'audit, d'examen, de certification, avec ou sans compilation et autres	
Associé(s)* ayant des mandats d'examen avec ou sans compilation et autres (sans audit)	
Associé(s)* ayant des mandats de compilation et autres (sans audit ni examen)	
Associé(s)* ayant principalement des mandats de services fiscaux (sans audit ni examen ni compilation)	
Associé(s) * ayant principalement des mandats de services-conseils – comptabilité de management ou gestion (sans audit ni examen ni compilation)	
Associé(s)* ayant principalement des mandats d'évaluation d'entreprises ou autres, de juricomptabilité ou de planification financière (sans audit ni examen ni compilation)	
Associé(s)* ayant des services autres que ceux mentionnés ci-dessus (contrôle qualité, etc.)	
Sous-total des associés	0
Employé(s) CPA	
Total de CPA	0

Composition de l'établissement – Candidat(s) à l'exercice de la profession (CEP)	Cheminement permis d'auditeur	Cheminement permis d'auditeur limité à la mission d'examen	Hors comptabilité publique
CEP ayant terminé le stage – En attente du titre de CPA			
CEP n'ayant pas terminé le stage			
Total de CEP	0	0	0

Tableau 4 – Nombre de CPA répertorié au tableau 3 détenant d'autres titres professionnels

Autres titres détenus	Associé	Employé	Contractuel
EEE (Expert en évaluation d'entreprises)			
CFF (Certified in Financial Forensics)			
PAIR (Professionnel agréé de l'insolvabilité et de la réorganisation)			
CIA (Certified Internal Auditor)			
CISA (Certified Information Systems Auditor)			
Autres titres			
Total	0	0	0

* Associé, associé délégué ou autre CPA signataire

Partie 5 Établissement offrant ou voulant offrir un milieu de stage accrédité en comptabilité publique

Désirez-vous maintenir ou obtenir votre accréditation comme établissement offrant un milieu de stage accrédité en comptabilité publique auprès de l'Ordre des CPA du Québec? Assurez-vous de pouvoir offrir les mandats nécessaires à l'atteinte des exigences minimales.* ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le type de cheminement et remplir la Demande d'accréditation à titre de milieu de stage en comptabilité publique.

❑ Comptabilité publique (profil auditeur)

❑ Comptabilité publique (profil auditeur limité à la mission d'examen)

⚠ **Si non,** veuillez indiquer les raisons pour lesquelles vous ne souhaitez pas offrir un milieu de stage accrédité en comptabilité publique.

❑ Nombre d'heures en certification insuffisantes

❑ Autres (précisez) :

Partie 6 Administration et détention de sommes d'argent et d'autres biens appartenant à des tiers

Un CPA est assujetti au *Règlement sur la comptabilité en fidéicommis des CPA et le fonds d'indemnisation de l'Ordre des CPA du Québec* lorsqu'il administre des sommes d'argent ou d'autres biens ou un ensemble de biens appartenant à un client ou à un tiers ou lorsqu'il détient des biens remis par un client ou un tiers, comme défini à l'article 1 du Règlement.

Exemples d'application d'administration de biens d'autrui :

- Administration d'une fiducie
- Paiement de taxes, de redevances ou de factures à partir du compte du client
- Liquidateur de succession (fonds déposés dans le compte de succession)
- Trésorier, signataire ou cosignataire d'un compte bancaire d'un organisme à but non lucratif, ne moyennant aucune rémunération

Exemples d'application de détention de biens d'autrui :

- Avances d'honoraires
- Réalisation de la fonction de séquestre ou de syndic en insolvabilité
- Réception pour le paiement de taxes, de redevances ou de factures
- Garde de tableaux, de peintures, de photographies, de sculptures, etc.

En considérant la définition précédente et les exemples d'application ci-dessus, est-ce qu'un CPA de votre cabinet est assujetti au Règlement dans le cadre de ses fonctions au sein du cabinet? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu OUI à la question précédente, veuillez remplir le Questionnaire de renseignements à l'intention des membres qui administrent ou détiennent des sommes d'argent et d'autres biens appartenant à des tiers.

* **L'établissement doit permettre au candidat à l'exercice de la profession d'acquérir au moins 1 250 heures en audit et examen d'états financiers à vocation générale, dont 625 heures spécifiquement en audit par période de 24 mois. De plus, il est nécessaire d'offrir des missions de certification auprès de divers types de clients travaillant dans des secteurs variés.** Pour le permis de comptabilité publique limité à la mission d'examen, les heures spécifiques en audit ne sont pas requises.

Partie 7 Clientèle

Comme mentionné dans la grille des documents à transmettre, une liste complète de clients par associé et signataire de rapports doit être fournie, et ce par établissement. Les mandats doivent être identifiés selon les secteurs d'activité présentés à la partie 7 du QRC et selon les critères de risque indiqués dans les modèles de présentation de l'Ordre.

1. Audit – Composition de la clientèle

Avez-vous émis des rapports d'audit au cours des **3 dernières années**? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous le nombre de clients ou de rapports émis selon l'information disponible dans votre base de données pour les 12 mois précédant l'inspection.

Précisez votre choix : ☐ Nombre de clients ☐ Nombre de rapports émis

	Nombre de clients/rapports émis (Si votre cabinet compte **plus de 4 associés**, veuillez remplir la version longue – Audit)				
AUDIT	Nom associé **1** :	Nom associé **2** :	Nom associé **3** :	Nom associé **4** :	Total par établissement
Fabrication, commerce de gros et de détail					0
Sociétés de services, de services professionnels, de transport et d'entreposage, y compris les agences de voyage					0
Construction (entrepreneurs et sous-traitants)					0
Centres de la petite enfance/garderies subventionnées					0
Administration publique (municipalités, établissements d'enseignement, commissions scolaires)					0
Régimes de retraite					0
Coopératives					0
Organismes sans but lucratif					0
Comptes en fidéicommis					0
Extraction minière, de pétrole ou de gaz					0
Services financiers et assurances					0
Santé et services sociaux					0
Agriculture, foresterie, pêche et chasse					0
Immobilier					0
Technologies					0
Médias et communications					0
Gestion/placements/fiducies					0
Autres secteurs					0
Nombre total de clients/rapports émis	0	0	0	0	0
Heures totales pour l'ensemble des mandats (y compris les heures des employés)	h	h	h	h	0 h

⚠ Pour les cabinets remplissant le Questionnaire de renseignements à l'intention des établissements offrant ou voulant offrir un programme de stage préapprouvé en comptabilité publique (QPS), assurez-vous que les heures totales en audit pour l'ensemble des mandats soient identiques (QPS et QRC).

Partie 7 **Clientèle** (suite)

2. Examen – Composition de la clientèle au cours des 12 mois précédant l'inspection

Avez-vous émis des rapports d'examen au cours des **3 dernières années**? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous le nombre de clients ou de rapports émis selon l'information disponible dans votre base de données pour les 12 mois précédant l'inspection.

Précisez votre choix : ☐ Nombre de clients ☐ Nombre de rapports émis

	Nombre de clients/rapports émis (Si votre cabinet compte **plus de 4 associés**, veuillez remplir la version longue – Examen)				
EXAMEN	Nom associé **1** :	Nom associé **2** :	Nom associé **3** :	Nom associé **4** :	Total par établissement
Fabrication, commerce de gros et de détail					0
Sociétés de services, de services professionnels, de transport et d'entreposage, y compris les agences de voyage					0
Construction (entrepreneurs et sous-traitants)					0
Centres de la petite enfance/garderies subventionnées					0
Administration publique (municipalités, établissements d'enseignement, commissions scolaires)					0
Régimes de retraite					0
Coopératives					0
Organismes sans but lucratif					0
Comptes en fidéicommis					0
Extraction minière, de pétrole ou de gaz					0
Services financiers et assurances					0
Santé et services sociaux					0
Agriculture, foresterie, pêche et chasse					0
Immobilier					0
Technologies					0
Médias et communications					0
Gestion/placements/fiducies					0
Autres secteurs					0
Nombre total de clients/rapports émis	0	0	0	0	0
Heures totales pour l'ensemble des mandats (y compris les heures des employés)	h	h	h	h	0 h

⚠ Pour les cabinets remplissant le Questionnaire de renseignements à l'intention des établissements offrant ou voulant offrir un programme de stage préapprouvé en comptabilité publique (QPS), assurez-vous que les heures totales en examen pour l'ensemble des mandats soient identiques (QPS et QRC).

Partie 7 **Clientèle** (suite)

3. Compilation – Composition de la clientèle au cours des 12 mois précédant l'inspection

Avez-vous émis des rapports de compilation au cours des **3 dernières années**? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous le nombre de clients ou de rapports émis selon l'information disponible dans votre base de données pour les 12 mois précédant l'inspection.

NOMS DES ASSOCIÉS	Nombre de clients/déclarations émises		Heures par associé et heures totales (y compris les heures des employés)
	Compilations (NCSC 4200)	**Prévisions ou projections financières (NOV-16)**	
			h
			h
			h
			h
			h
			h
			h
			h
			h
			h
Total par établissement	0	0	0 h

IMPORTANT – Veuillez remplir les annexes A à F si votre établissement a émis d'autres rapports, offre des services d'évaluation d'entreprises ou autres, de juricomptabilité, de planification financière, de services-conseils, et si des rapports d'audit ont été délivrés pour des émetteurs assujettis.

Votre cabinet offre-t-il des services de fiscalité (incluant la préparation de déclarations de revenus)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez compléter le formulaire indépendant QSF – Questionnaire sur les politiques et procédures de contrôle qualité en matière de services de fiscalité.

Partie 8 **Attestation**

☐ **J'atteste de l'exactitude des renseignements contenus dans le présent questionnaire. Je consens à ce que l'Ordre les utilise aux fins de gestion de mon dossier et que toute fausse information ou entrave à une personne responsable de l'inspection professionnelle pourrait entraîner le transfert de mon dossier au syndic.**

À l'usage exclusif de l'Ordre

Prénom

Nom

Signature **(obligatoire)**

Date AAAA MM JJ

Veuillez téléverser dans SharePoint **l'intégralité de ce formulaire, dûment rempli, signé et attesté ainsi que la liste de vos clients**, selon les instructions que vous aurez reçues par courriel.

Renseignements
514 288-3256 [2565] 1 800 363-4688 inspection@cpaquebec.ca

Annexe A **Autres rapports**

Nature des travaux effectués et composition de la clientèle

Vous devez inclure les clients pour lesquels les rapports ont été produits au cours des 12 mois précédant l'inspection.

Type de rapport émis	Nombre de clients
Audits d'états financiers préparés conformément à des référentiels à usage particulier – Considérations particulières (NCA 800)*	
Audit d'états financiers isolés et d'éléments, de comptes ou de postes spécifiques d'un état financier – Considérations particulières (NCA 805)*	
Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés (NCA 810)*	
Rapports sur les autres éléments relevés dans le cadre d'une mission d'audit ou d'examen (NCSC 4460)	
Missions d'attestation autres que les audits ou examens d'informations financières historiques (NCMC 3000)	
Missions d'appréciation directe (NCMC 3001)	
Missions d'attestation visant la délivrance d'un rapport sur la conformité (NCMC 3530)	
Missions d'appréciation directe visant la délivrance d'un rapport sur la conformité (NCMC 3531)	
Examen d'informations financières autres que des états financiers (NCME 2400)	
Rapport sur les contrôles d'une société de services (NCMC 3416)	
Missions de procédures convenues (NCSC 4400)	
Autres (précisez) :	
Nombre total pour l'ensemble des rapports	0

* Si vous avez également le mandat d'audit des informations financières historiques, indiquez **uniquement** le client dans le tableau d'audit de la **Partie 7**.

Annexe B **Évaluation d'entreprises ou autres**

Nature des travaux effectués et composition de la clientèle

Vous devez inclure les clients pour lesquels les rapports ont été produits au cours des 24 mois précédant l'inspection (si le même client fait partie de votre clientèle depuis deux ans, mentionnez-le seulement une fois).

	Nombre de clients				
Type de rapport émis	Nom associé **1** : Encadré par l'ICEEE ☐ Oui ☐ Non ☐ s. o.	Nom associé **2** : Encadré par l'ICEEE ☐ Oui ☐ Non ☐ s. o.	Nom associé **3** : Encadré par l'ICEEE ☐ Oui ☐ Non ☐ s. o.	Nom associé **4** : Encadré par l'ICEEE ☐ Oui ☐ Non ☐ s. o.	Total par établissement
Rapports d'évaluation exhaustifs					0
Rapports d'évaluation portant sur une estimation de la valeur					0
Rapports d'évaluation portant sur des calculs de valeur					0
Rapports de conseil					0
Rapports d'expertise					0
Rapports critiques restreints					0
Autres (précisez) :					0
Heures totales pour l'ensemble des rapports	h	h	h	h	0 h

Annexe C **Juricomptabilité**

Nature des travaux effectués et composition de la clientèle

Vous devez inclure les rapports émis au cours des 24 mois précédant l'inspection.

	Nombre de clients				
Champs d'activités	Nom associé **1** :	Nom associé **2** :	Nom associé **3** :	Nom associé **4** :	Nom associé **5** :
Missions de calcul de préjudices financiers (Différends entre actionnaires ou associés, rupture de relations d'affaires, expropriations, réclamation de dommages corporels, préjudices employeur-employé, négligence, responsabilité, délits, méfaits, demandes d'indemnisation en matière d'assurance, valeurs mobilières, litiges matrimoniaux, successions, etc.)	Rôle* ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle* ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle* ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle* ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle* ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋
Investigations financières (Fraude ou vol, faux, usage de faux, blanchiment d'argent, commissions secrètes, conformité, vol de propriétés intellectuelles, autres actes illicites, etc.)	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋
Pratique professionnelle (Faute professionnelle dans le cadre de missions de certification, de comptabilité et autres, déontologie, etc.)	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋
Autres (précisez) : - Consultations - Rédaction d'opinions - Autres	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋	Rôle ⌊____⌋ Nombre de dossiers ⌊____⌋
Total des heures	⌊____⌋ h	⌊____⌋ h	⌊____⌋ h	⌊____⌋ h	⌊____⌋ h

* RÔLE : **C** = Consultant à titre de conseiller **A** = Arbitre/médiateur **T** = Témoin expert **P** = À préciser

Annexe D **Planification financière**

Nature des travaux effectués et composition de la clientèle

Vous devez inclure les rapports émis au cours des 24 mois précédant la date de l'inspection.

⚠ Un questionnaire d'autoévaluation de la compétence professionnelle du planificateur financier vous sera transmis pour chaque associé.

	Nombre de clients				
Champs d'activités	Nom associé **1** :	Nom associé **2** :	Nom associé **3** :	Nom associé **4** :	Nom associé **5** :
Finances	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋
Fiscalité	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋
Aspects légaux	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋
Retraite	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋
Succession	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋
Placements	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋
Autres (précisez) : ⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋	⌊_____⌋
Total des heures	⌊_____⌋ h	⌊_____⌋ h	⌊_____⌋ h	⌊_____⌋ h	⌊_____⌋ h

Annexe E Émetteurs assujettis

⚠ Utilisez plus d'une page au besoin.

Note : Un représentant de l'Ordre pourra vous demander de fournir de la documentation concernant les mesures spécifiques prises en ce qui a trait à l'indépendance de votre cabinet face à chacun des émetteurs assujettis inspectés.

Nom de la société		
Associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nom du deuxième associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nature des activités de la société		
Inscription auprès de quelle CVM?		

Nom de la société		
Associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nom du deuxième associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nature des activités de la société		
Inscription auprès de quelle CVM?		

Nom de la société		
Associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nom du deuxième associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nature des activités de la société		
Inscription auprès de quelle CVM?		

Nom de la société		
Associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nom du deuxième associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nature des activités de la société		
Inscription auprès de quelle CVM?		

Nom de la société		
Associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nom du deuxième associé responsable		Nombre d'années en tant que responsable ⌊____⌋
Nature des activités de la société		
Inscription auprès de quelle CVM?		

Annexe F **Services-conseils (Management)**

Nature des travaux effectués et composition de la clientèle

Vous devez inclure les mandats exécutés pour l'ensemble de l'établissement au cours des 12 mois précédant l'inspection.

⚠ Si votre cabinet exécute des missions en services-conseils, veuillez également remplir le Questionnaire de contrôle qualité – Services-conseils.

	Nombre de clients
Planification stratégique, diagnostic organisationnel et mesure de la performance	
Planification stratégique	
Plan d'affaires et modélisation financière	
Budgétisation	
Projet d'investissements	
Diagnostic organisationnel	
Analyse et réingénierie des processus d'affaires	
Gestion des opérations et redressement d'entreprises	
Mesure de la performance	
Indicateurs de performance (tableau de bord)	
Analyse comparative des résultats opérationnels (benchmarking)	
Coût de revient	
Gestion des risques d'entreprise	
Gouvernance – Conformité aux lois et règlements	
Fusions et acquisitions	
Technologie de l'information (analyse, conception et implantation d'un système d'information)	
Autres services-conseils	
a) Impartition (ex. : contrôleur)	
b) Coaching personnalisé aux employés (ex. : formation)	
c) Autres (précisez) :	

Total des heures	h