

# 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

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

Veillez 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raison sociale 2 et adresse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raison sociale 3 et adresse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raison sociale 4 et adresse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Répondant et associés

Nom du répondant pour l'inspection	Téléphone et poste <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	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 de risque

Veuillez indiquer la valeur des services professionnels annuels offerts par votre cabinet.  Moins de 25 000 \$  Plus de 25 000 \$

Consultez la [liste des services professionnels](#) que les CPA peuvent offrir à des tiers.

### 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

### Ressources humaines

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

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

## Partie 2 Gestion de risque (suite)

### Logiciels et outils

h. 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) :

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 :

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

j. 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

k. Le contrôle qualité des dossiers est-il effectué par des ressources internes ou externes?

Interne  Externe  Sans objet

Veuillez indiquer le nom et le titre du contrôleur de la qualité, s'il y a lieu :

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

m. Veuillez indiquer la date de la dernière inspection de missions achevées pour votre établissement et le nom de la personne l'ayant effectuée (cette inspection ne doit pas être faite par un membre de l'équipe de mission, y compris le signataire).

AAAA  MM  JJ Nom :

 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	<input type="checkbox"/>					
Année précédente 1	<input type="checkbox"/>					
Année précédente 2	<input type="checkbox"/>					
Année précédente 3	<input type="checkbox"/>					

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous perdu des données (feu, eau, problématique de sauvegarde ou d'archivage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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*
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> Non auditeur	
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> Non auditeur	
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> Non auditeur	
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> 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
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> Non auditeur		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> Non auditeur		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> Non auditeur		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> Non auditeur		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Auditeur limité à la mission d'examen <input type="checkbox"/> Non auditeur		<input type="text"/>

\* 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	<input type="text"/>
Associé(s)* ayant des mandats d’examen avec ou sans compilation et autres (sans audit)	<input type="text"/>
Associé(s)* ayant des mandats de compilation et autres (sans audit ni examen)	<input type="text"/>
Associé(s)* ayant principalement des mandats de services fiscaux (sans audit ni examen ni compilation)	<input type="text"/>
Associé(s)* ayant principalement des mandats de services-conseils – comptabilité de management ou gestion (sans audit ni examen ni compilation)	<input type="text"/>
Associé(s)* ayant principalement des mandats d’évaluation d’entreprises ou autres, de juricomptabilité ou de planification financière (sans audit ni examen ni compilation)	<input type="text"/>
Associé(s)* ayant des services autres que ceux mentionnés ci-dessus (contrôle qualité, etc.)	<input type="text"/>
<b>Sous-total des associés</b>	<input type="text"/>
Employé(s) CPA	<input type="text"/>
<b>Total de CPA</b>	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP n’ayant pas terminé le stage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Total de CEP</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CFF (Certified in Financial Forensics)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAIR (Professionnel agréé de l’insolvabilité et de la réorganisation)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CIA (Certified Internal Auditor)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CISA (Certified Information Systems Auditor)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres titres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Associé, associé délégué ou autre CPA signataire

## Partie 5 Établissement offrant ou voulant offrir un programme de stage préapprouvé en comptabilité publique

Désirez-vous maintenir ou obtenir votre accréditation comme établissement offrant un programme de stage préapprouvé 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 programme et remplir le Questionnaire de renseignements à l'intention des établissements offrant ou voulant offrir un programme de stage préapprouvé en comptabilité publique (QPS).

- 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 programme de stage préapprouvé 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 assujéti 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 assujéti 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 à l'intention des membres assujéti au Règlement sur la comptabilité en fidéicommis des comptables professionnels agréés et sur le fonds d'indemnisation de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec (ORF).

\* 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 trois 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

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

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



# 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)*	<input type="text"/>
Audit d'états financiers isolés et d'éléments, de comptes ou de postes spécifiques d'un état financier – Considérations particulières (NCA 805)*	<input type="text"/>
Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés (NCA 810)*	<input type="text"/>
Rapports sur les autres éléments relevés dans le cadre d'une mission d'audit ou d'examen (NCSC 4460)	<input type="text"/>
Missions d'attestation autres que les audits ou examens d'informations financières historiques (NCMC 3000)	<input type="text"/>
Missions d'appréciation directe (NCMC 3001)	<input type="text"/>
Missions d'attestation visant la délivrance d'un rapport sur la conformité (NCMC 3530)	<input type="text"/>
Missions d'appréciation directe visant la délivrance d'un rapport sur la conformité (NCMC 3531)	<input type="text"/>
Examen d'informations financières autres que des états financiers (NCME 2400)	<input type="text"/>
Rapport sur les contrôles d'une société de services (NCMC 3416)	<input type="text"/>
Missions de procédures convenues (NCSC 4400)	<input type="text"/>
Autres (précisez) :	<input type="text"/>
<b>Nombre total pour l'ensemble des rapports</b>	<input type="text"/>

\* 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).

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

Champs d'activités	Nombre de clients				
	Nom associé 1 :	Nom associé 2 :	Nom associé 3 :	Nom associé 4 :	Nom associé 5 :
<b>Missions de calcul de préjudices financiers</b> (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 [ ]				
<b>Investigations financières</b> (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 [ ]				
<b>Pratique professionnelle</b> (Faute professionnelle dans le cadre de missions de certification, de comptabilité et autres, déontologie, etc.)	Rôle [ ]				
	Nombre de dossiers [ ]				
<b>Autres (précisez) :</b> - Consultations - Rédaction d'opinions - Autres	Rôle [ ]				
	Nombre de dossiers [ ]				
<b>Total des heures</b>	[ ] 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.

Champs d'activités	Nombre de clients				
	Nom associé 1 :	Nom associé 2 :	Nom associé 3 :	Nom associé 4 :	Nom associé 5 :
Finances	<input type="text"/>				
Fiscalité	<input type="text"/>				
Aspects légaux	<input type="text"/>				
Retraite	<input type="text"/>				
Succession	<input type="text"/>				
Placements	<input type="text"/>				
Autres (précisez) :	<input type="text"/>				
Total des heures	<input type="text"/> 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
<b>Planification stratégique, diagnostic organisationnel et mesure de la performance</b>	
<b>Planification stratégique</b>	
Plan d'affaires et modélisation financière	<input type="text"/>
Budgétisation	<input type="text"/>
Projet d'investissements	<input type="text"/>
<b>Diagnostic organisationnel</b>	
Analyse et réingénierie des processus d'affaires	<input type="text"/>
Gestion des opérations et redressement d'entreprises	<input type="text"/>
<b>Mesure de la performance</b>	
Indicateurs de performance (tableau de bord)	<input type="text"/>
Analyse comparative des résultats opérationnels (benchmarking)	<input type="text"/>
<b>Coût de revient</b>	<input type="text"/>
<b>Gestion des risques d'entreprise</b>	<input type="text"/>
<b>Gouvernance – Conformité aux lois et règlements</b>	<input type="text"/>
<b>Fusions et acquisitions</b>	<input type="text"/>
<b>Technologie de l'information (analyse, conception et implantation d'un système d'information)</b>	<input type="text"/>
<b>Autres services-conseils</b>	
<b>a) Impartition (ex. : contrôleur)</b>	<input type="text"/>
<b>b) Coaching personnalisé aux employés (ex. : formation)</b>	<input type="text"/>
<b>c) Autres (précisez) :</b>	<input type="text"/>
<b>Total des heures</b>	<input type="text"/> h