



# DEMANDE DE LICENCE DE FELLOW DE CSI (FCSI<sup>MD</sup>)

**Veillez remplir et téléverser le présent formulaire ou le poster à CSI :**

Adresse : 200, rue Wellington Ouest, 15<sup>e</sup> étage,  
Toronto, (Ontario), M5V 3C7

**Vous pouvez aussi vous inscrire en ligne au [www.csi.ca](http://www.csi.ca)**

Lors d'une inscription en ligne, s'il y a lieu, les rabais et les taxes appropriés seront calculés.

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX \*\*\*Renseignements obligatoires\*\*\* (Remplir toutes les parties en MAJUSCULES.)

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Vérification de l'identité : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

**NOTA :** Veuillez indiquer votre nom (incluant les initiales utilisées) exactement comme il figure sur votre pièce d'identité avec photo et émise par un gouvernement.

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Genre :  Féminin  Masculin  Non binaire

Langue de correspondance :  Français  Anglais

Courriel principal : \_\_\_\_\_

Autre courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone au domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone au bureau : \_\_\_\_\_

**ADRESSE AU BUREAU** (S'il y a lieu : N° de transit ou de succursale : \_\_\_\_\_ Numéro d'employé : \_\_\_\_\_)

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Numéro et rue : \_\_\_\_\_ App./Bureau : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

## ADRESSE AU DOMICILE

Numéro et rue : \_\_\_\_\_ App./Bureau : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

À quelle adresse désirez-vous que CSI vous fasse parvenir votre certificat :  Bureau  Domicile

Quelle adresse voulez-vous faire inscrire dans notre répertoire FCSI<sup>MD</sup>?  Bureau  Domicile  Je ne veux pas faire inscrire mon adresse

**REMARQUE :** N'oubliez pas de remplir votre profil en ligne une fois votre demande de certification acceptée.

## EXIGENCES EN MATIÈRE DE FORMATION DU FCSI<sup>MD</sup>

### a. Titre professionnel

Veillez indiquer le titre professionnel en services financiers que vous détenez déjà :\* \_\_\_\_\_ Année de réussite : \_\_\_\_\_

\* **NOTE :** La reconnaissance de titres professionnels de l'extérieur est assujettie à la politique et aux frais de CSI en matière de reconnaissance des titres professionnels de l'extérieur. *Détails au [www.csi.ca](http://www.csi.ca)*

**b. Deux (2) autres cours de CSI** – Ces cours doivent être différents de ceux déjà utilisés pour satisfaire aux exigences du titre mentionné à la section a). Pour plus de détails, voir la liste des cours acceptés à la section *Le parcours menant à l'obtention du titre de FCSI<sup>MD</sup>* au [www.fcsi.ca](http://www.fcsi.ca).

1. \_\_\_\_\_ Année de réussite : \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Année de réussite : \_\_\_\_\_

**c. Cours Les enjeux du secteur des services financiers (ESSF)** Année de réussite : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION ET SIGNATURE DU CANDIDAT FCSI<sup>MD</sup>

Je déclare avoir rempli cette demande aussi exactement que possible, et je fais, par la présente, une demande de licence pour le Fellow de CSI (FCSI<sup>MD</sup>).

Je confirme que :

### EXIGENCES RELATIVES À L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Je déclare avoir travaillé dans le secteur des services financiers pour une période de sept (7) ans durant les dix (10) dernières années. Je comprends que cette déclaration sera vérifiée par CSI et que CSI communiquera avec la personne que j'ai désignée (à des fins de vérification seulement).

### OBLIGATOIRE – COORDONNÉES POUR LA CONFIRMATION DE L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Veillez indiquer les coordonnées d'une (ou des) personne(s) pouvant confirmer votre déclaration d'expérience professionnelle. Dans la présente demande, vous devez fournir les informations sur la durée de l'emploi pour chacun des postes que vous avez occupé. Cette information permettra à CSI de confirmer que les 7 années des 10 dernières années ont été respectées. Toutefois, nous vous donnons le choix de fournir une ou plusieurs personnes pouvant faire la vérification de votre expérience. Par exemple, si votre supérieur actuel est en mesure de confirmer toute votre expérience professionnelle, alors vous pouvez indiquer qu'une seule personne. Par contre, si votre supérieur actuel n'est pas en mesure de confirmer toute votre expérience professionnelle, vous devrez indiquer votre supérieur actuel (pour le poste actuel) ainsi qu'un ou plusieurs anciens supérieurs pouvant confirmer votre expérience pour chacun des autres postes que vous avez indiqué.

En fournissant ces coordonnées, vous acceptez que CSI conserve cette information à votre dossier et peut communiquer avec cette personne dans le seul but de vérifier votre déclaration.

De (Année/Mois) : \_\_\_\_\_ À (Année/Mois) : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance :  Anglais  Français

De (Année/Mois) : \_\_\_\_\_ À (Année/Mois) : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance :  Anglais  Français

De (Année/Mois) : \_\_\_\_\_ À (Année/Mois) : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance :  Anglais  Français

### EXIGENCES RELATIVES À UNE RECOMMANDATION

Je déclare que mon supérieur me recommande pour le titre de FCSI<sup>MD</sup>. Je comprends que cette déclaration sera vérifiée par CSI et que CSI communiquera avec la personne que j'ai désignée (à des fins de vérification seulement).

**OU**  Je déclare qu'un titulaire actuel du FCSI<sup>MD</sup> me recommande pour le titre de FCSI<sup>MD</sup>. Je comprends que cette déclaration sera vérifiée par CSI et que CSI communiquera avec la personne que j'ai désignée (à des fins de vérification seulement).

### OBLIGATOIRE – COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI ACCEPTE DE PARRAINER

Veillez indiquer les coordonnées de la personne qui confirmera votre déclaration de recommandation. En fournissant ces coordonnées, vous acceptez que CSI conserve cette information à votre dossier et peut communiquer avec cette personne dans le seul but de vérifier votre déclaration.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance :  Anglais  Français

## QUALITÉS REQUISES

Avez-vous déjà été accusé de manquement professionnel, fait l'objet de mesures disciplinaires ou de réprimandes ou vu votre permis d'exercice suspendu ou révoqué par un employeur, une association professionnelle ou toute autorité administrative ou réglementaire (c.-à.-d. une commission des valeurs mobilières, le Barreau, une association immobilière, l'OCRCVM, ACCFM, Organisme de réglementation en matière d'assurance, la FINRA, etc.)?  Oui  Non

Êtes-vous actuellement en faillite ou avez-vous été déclaré en faillite à tout moment au cours des 5 dernières années?  Oui  Non

Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle\* par quelque juridiction que ce soit et pour laquelle une suspension du casier ou un pardon n'a pas été accordé?  Oui  Non

Avez-vous déjà été reconnu coupable d'une infraction à la réglementation sur les services financiers ou aux lois relatives à la protection des consommateurs sous toute juridiction (c.-à.-d. les lois sur les valeurs mobilières, les assurances, l'immobilier, les hypothèques, etc.)?  Oui  Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions précédentes, veuillez joindre à ce formulaire tout document pertinent, incluant les détails des sanctions ou actions disciplinaires. Toute l'information que vous fournirez sera colligée, entreposée et utilisée conformément aux lois applicables et à notre politique de confidentialité et sera envoyée au Comité de déontologie des titres professionnels afin d'évaluer votre aptitude pour le titre.

\* Le terme « infraction criminelle » exclut les infractions (i) en vertu d'une législation provinciale, par exemple au Code de la route, à moins que la loi provinciale en question ne soit explicitement mentionnée ci-dessus et à condition que la condamnation provinciale ne concerne pas une infraction liée à la malhonnêteté ou au vol comme le parjure ou la subordination des témoins, la fausse déclaration, la fraude, le détournement ou l'escroquerie ou toute autre infraction qui implique un élément de tromperie ou de malhonnêteté et (ii) les infractions punissables par déclaration sommaire de culpabilité, à condition que la malhonnêteté ou le vol ne soit pas en cause.

## EXIGENCES EN MATIÈRE D'APPORT AU SECTEUR

Je conviens de me conformer aux exigences des FCSI<sup>MD</sup> en matière d'apport au secteur, soit d'accumuler au moins 12 heures par année civile de contribution au secteur, à l'extérieur de mes fonctions principales.

*Vous n'êtes pas tenu de fournir votre documentation à chaque année, toutefois, vous serez sujet à une vérification.*

## CONTRAT DE LICENCE D'UTILISATION DE LA MARQUE

Je comprends que CSI m'accorde une licence pour utiliser la marque déposée FCSI<sup>MD</sup> pour une période d'un an et que si je ne renouvelle pas mon titre FCSI<sup>MD</sup>, CSI mettra fin à ma licence d'utilisation de la marque déposée FCSI<sup>MD</sup>. Je conviens aussi d'aviser CSI sans délai de toute circonstance qui pourrait avoir un effet sur ma capacité de continuer à satisfaire aux exigences de la certification.

Signature du candidat : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_

## MODALITÉS DE PAIEMENT

Les droits doivent être réglés en dollars canadiens. Le paiement peut être fait par mandat, par chèque certifié ou par chèque (corporatif) de l'employeur. Les chèques et mandats doivent être libellés à l'ordre de CSI. Les demandes doivent être accompagnées du paiement approprié afin de permettre le traitement de votre inscription.

**Veillez inclure :** Frais 275,00 \$ plus les taxes applicables\* (Ces frais sont non remboursables.)

\* **NOTE :** veuillez référer au [https://www.csi.ca/student/fr\\_ca/student/policies/fees.xhtml#taxes](https://www.csi.ca/student/fr_ca/student/policies/fees.xhtml#taxes) – Renseignements fiscaux

**Si vous détenez 2 de ces titres professionnels de CSI ou plus en règle (FCSI<sup>MD</sup>, CIWM, PFP<sup>MD</sup>, CIM<sup>MD</sup> ou MTI<sup>MD</sup>), vous pourriez être éligible pour un rabais :**

| Nombre de titres en règle de CSI que vous détenez | 1      | 2      | 3      | 4      |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Rabais par titre                                  | 0 \$   | 50 \$  | 100 \$ | 150 \$ |
| COÛT PAR TITRE après le rabais                    | 275 \$ | 225 \$ | 175 \$ | 125 \$ |

Paiement par :  Mandat  Chèque certifié  Chèque (corporatif) de l'employeur, au montant de : \$ \_\_\_\_\_

Veillez facturer :  N° de compte d'entreprise (seulement si le payeur est l'employeur) N° : \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

J'ai soumis mon paiement en ligne

Je reconnais que je dois téléverser ce formulaire et la documentation à l'appui (s'il y a lieu). Je comprends que ma demande doit être approuvée avant que les frais exigibles puissent être traités.

**IMPORTANT :** Conformément aux exigences du secteur des cartes de paiement, CSI n'accepte pas les formulaires (accompagnés de paiement) qui sont transmis par courriel. CSI supprimera immédiatement les formulaires transmis par courriel qui sont accompagnés de données de carte de crédit.