



Formulaire de demande d'admission pour les examens de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD), administrés en 2010

# de Demande: <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} - <input type="checkbox"/> 2 ^e - <input type="checkbox"/> 3 ^e - <input type="checkbox"/> 4 ^e	Date de l'examen (Date limite de l'inscription): <input type="checkbox"/> 25 janvier 2010 (27 novembre 2009) <input type="checkbox"/> 25 mai 2010 (26 mars 2010) <input type="checkbox"/> 20 septembre 2010 (23 juillet 2010)
---	---

Écrire **lisiblement** en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**. Consultez le **Guide d'admission: www.ndhcb.ca/fr/forms.php** pour les détails. Les formulaires ou les paiements incomplets entraîneront des retards et/ou l'inadmissibilité à l'examen.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS: (Utilisez les lettres majuscules et minuscules lorsqu'applicables - ex : L'Heureux)

Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____
 Ville/Province/ Code postal: _____
 Tél. Princ.: _____ Autre tél.: _____
 Date de naissance (A/M/J): _____ Courriel: _____
 Avez-vous déjà fait une demande sous un nom différent? non oui, Le(s)quel(s): _____

FORMATION EN HYGIÈNE DENTAIRE: (Voir www.ndhcb.ca/fr/forms.php pour la liste des codes)

Établissement: _____ Code d'établissement: _____
 Ville/Province/Pays: _____ Mois/Année (formation complétée): _____

ADMINISTRATION DE L'EXAMEN: (Voir www.ndhcb.ca/fr/forms.php pour la liste des codes)

Préférence de langue d'examen: Anglais Français Je désire une copie dans les deux langues
 Code du centre d'examen: 1^{er} choix: _____ 2^e choix: _____
 Avez-vous besoin d'accommodements spéciaux ? (Voir www.ndhcb.ca/fr/forms.php) Oui Non

Si oui, veuillez télécharger et remplir un formulaire de demande pour accommodements spéciaux à l'examen de certification au www.ndhcb.ca/fr/forms.php et le joindre (ainsi que les pièces justificatives) à votre demande d'admission.

LES RÉSULTATS D'EXAMEN ET LE CERTIFICAT:

Langue de communication des résultats et du certificat: Anglais Français
 Avez-vous une autre adresse où les résultats d'examen et le certificat devraient être envoyés ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer cette adresse au complet:

Adresse: _____
 Ville/Province/ Code postal: _____

Paiement des frais: Un paiement incorrect retardera le traitement de la demande et entraîner le report de votre admission à une date ultérieure.

Mode de paiement: Carte de crédit (Visa ou Mastercard seulement), chèque visé ou mandat en **devises canadiennes** (à l'ordre du Bureau national de la certification en hygiène dentaire)

- Aucun frais** – Transfert autorisé d'une demande de report d'examen antérieure
 500\$ + taxe applicable (pour ceux inscrits en AB, SK, MB, QC ajouter 25\$ de TPS; en ON & NB ajouter 65\$ de TVH; en CB ajouter 60\$ de TVH; en NÉ ajouter 75\$ de TVH) de frais d'examen pour une première inscription (comprenant des frais d'admission non remboursables de 100\$ (+ taxe))
 400\$ + taxe applicable (pour ceux inscrits en AB, SK, MB, QC ajouter 20\$ de TPS; en ON & NB ajouter 52\$ de TVH; en CB ajouter 48\$ de TVH; en NÉ ajouter 60\$ de TVH) de frais de reprise comprenant des frais d'admission non remboursables de 100\$ (+ taxe)

No de carte de crédit : _____ Date d'expiration: _____ / _____

Nom du titulaire de la carte: _____ Signature du titulaire: _____

À L'USAGE INTERNE SEULEMENT:

Demande reçue: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demande d'admission remplie | <input type="checkbox"/> Étudiant(e) : Attestation de recommandation remplie |
| <input type="checkbox"/> Paiement des frais appropriés | <input type="checkbox"/> Diplômé(e) : Copie notariée du diplôme/certificat & <input type="checkbox"/> Relevé de notes |
| <input type="checkbox"/> 2 photos identiques - format passeport | <input type="checkbox"/> Demande d'accommodements spéciaux |
| <input type="checkbox"/> # d'autorisation : _____ | <input type="checkbox"/> # de facture : _____ |

DOCUMENTS REQUIS: (L'absence de documents retardera le traitement de votre demande et risquera de la reporter à une date ultérieure)

Demande en tant que : DIPLÔMÉ(E) <input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'admission dûment rempli <input type="checkbox"/> Deux photos identiques, format passeport <input type="checkbox"/> Original ou photocopie notariée (par un notaire public ou un commissaire à l'assermentation) de votre diplôme/certificat en hygiène dentaire (sauf si déjà soumis précédemment) <input type="checkbox"/> Relevé officiel des notes (sauf si déjà soumis précédemment) envoyé directement par l'établissement de formation en hygiène dentaire où vous avez fait vos études	POUR FIN D'IDENTIFICATION VEUILLEZ JOINDRE UNE PHOTO DE FORMAT PASSEPORT PRISE AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS (S.v.p. n'utilisez qu'un morceau de ruban gommé transparent pour fixer la photo)	POUR FIN D'IDENTIFICATION VEUILLEZ JOINDRE UNE PHOTO DE FORMAT PASSEPORT PRISE AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS (S.v.p. n'utilisez qu'un morceau de ruban gommé transparent pour fixer la photo)
Demande en tant que : ÉTUDIANT(E) <input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'admission dûment rempli <input type="checkbox"/> Deux photos identiques, format passeport <input type="checkbox"/> Attestation remplie par la direction de votre programme en hygiène dentaire ou une personne autorisée (ci-dessous)		

ATTESTATION DE RECOMMANDATION: Pour **étudiants seulement**; rempli par la direction du programme en hygiène dentaire

Direction/Personne autorisée: _____ Poste/Titre: _____

Établissement scolaire: _____

Adresse: _____

Tél. (travail): _____ Courriel: _____

Cette attestation certifie que le/la candidat(e) est un(e) étudiant(e) d'un programme agréé ou en cours d'agrément en hygiène dentaire et qu'à la date limite de demande d'admission, il ne lui restera pas plus de quatre (4) mois pour compléter son programme.

C'est la responsabilité de la direction du programme en hygiène dentaire ou de la personne autorisée d'informer par écrit le BNCHD, au moins deux (2) semaines avant la date de l'examen, s'il s'avère que l'étudiant(e) n'aura pas complété son programme en hygiène dentaire dans les quatre (4) mois suivant la date limite de demande d'admission.

Signature (Direction/Personne autorisée): _____ Date: _____

Déclaration sur la protection des renseignements personnels

Le BNCHD a adopté des politiques qui sont conformes aux lois fédérales et provinciales en vigueur relatives à la protection de la vie privée. Par conséquent, les renseignements fournis au BNCHD par les candidats et candidates seront traités de façon confidentielle par le BNCHD et ne seront utilisés que pour l'administration de l'examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD), la préparation du certificat et la facilitation de l'enregistrement ou de l'obtention de permis d'exercer des candidat(e)s. Des résultats d'examen non spécifiques seront utilisés par le BNCHD à des fins statistiques et de sommaires de rapports en conformité avec la législation applicable relative à la protection de la vie privée.

Protocole d'entente

Je demande par la présente à passer l'ECNHD offert par le BNCHD, et je comprends que l'attribution du certificat dépend de la réussite à cet examen. L'ECNHD est strictement confidentiel. Les questions d'examen sont la propriété du BNCHD. Toute divulgation non autorisée est interdite en vertu des lois régissant les droits d'auteur. En posant ma candidature pour l'ECNHD, je m'engage à respecter la confidentialité des questions de l'examen. Tout bris de confidentialité de la part d'un(e) candidat(e) ou tout doute raisonnable quant à la validité et/ou la fiabilité des résultats d'examen de quiconque peut amener la suspension des résultats du/de la candidat(e) et/ou la révocation de son Certificat national.

Signature (candidat-e): _____ Date: _____

Votre demande d'admission ne sera valide que si votre signature y apparaît !Faire parvenir demande, documents et paiement à: **BNCHD, 1929 ch. Russell, bur. 322, Ottawa, ON K1G-4G3****PROCESSUS D'ABANDON OU DE TRANSFERT DE L'ECNHD:**

Si vous décidez de ne pas passer l'examen, veuillez en informer le BNCHD (par la poste ou par télécopieur) aussitôt que possible. Le BNCHD accusera réception et vous fera parvenir des informations concernant la réadmission à l'examen. Les modalités de remboursement suivantes s'appliqueront :

Abandon 21 jours ou plus avant la date d'examen : frais d'examen remboursables moins les frais d'admission de 100\$ + taxe.

Abandon à moins de 21 jours avant la date d'examen : Frais d'examen moins 200\$ + taxe de frais non remboursable de 100\$ et d'abandon tardif de 100\$ (+ taxe).

Transfert : On peut demander à ce que les frais d'examen payés soient appliqués pour un examen suivant une seule fois seulement et la demande doit être faite au moins 14 jours avant la date de l'examen. Les demandes de transfert faites moins de 14 jours avant la date d'examen ne sont pas acceptées.

COMPLETING THE APPLICATION FORM:

1. Veuillez consulter le Guide de demande d'admission offert sur notre site Web à www.ndhcb.ca/fr/exam_application.php pour obtenir des informations pour remplir le formulaire.
2. Pour éviter les délais, les renseignements fournis doivent être exacts, complets et lisibles. Écrire en lettres majuscules et minuscules lorsqu'il y a lieu.
3. S'il n'y a pas de code assigné à votre établissement, veuillez écrire le nom de l'établissement au complet.
4. Indiquez clairement vos choix de langue pour l'examen et pour les résultats de l'examen (et le certificat). Ils peuvent être différents.
5. Il est important d'indiquer votre premier choix et votre second choix de centre d'examen. Tous les efforts seront faits pour respecter votre demande.
6. Si vous avez une difficulté physique ou d'apprentissage diagnostiquée, veuillez joindre le formulaire de « demande d'accommodements spéciaux » à votre formulaire de demande d'admission. Vous pouvez obtenir ce formulaire à www.ndhcb.ca/fr/forms.php. Si la demande n'est pas faite au moment de la demande d'admission à l'examen, nous ne pouvons garantir qu'ils seront disponibles.
7. Pour que votre demande soit prise en considération, l'enveloppe contenant votre formulaire de demande d'admission dûment rempli, les documents requis et le paiement complet des frais, doit être oblitérée au plus tard à la date butoir de l'inscription pour l'examen pour lequel vous faites la demande. # de TPS: 89242 6149 RT0001