

# ACCOMMODEMENTS POUR L'EXAMEN

## FORMULAIRE DE DEMANDE PAR LE/LA CANDIDAT(E)

*L'information requise ci-dessous et toute la documentation concernant vos besoins spéciaux et vos besoins d'accommodement pour passer l'examen de certification seront traitées de façon confidentielle et ne seront pas partagées avec des sources extérieures au Bureau national de la certification en hygiène dentaire (BNCHD) sans votre autorisation expresse écrite.*

NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Ville	Province/Territoire/État	Code Postal/Zip

DATE DE L'EXAMEN : \_\_\_\_\_

NATURE DES BESOINS : \_\_\_\_\_

**ACCOMMODEMENT(S) DEMANDÉS POUR L'EXAMEN**  
(cochez tout ce qui s'applique)

- |                                                             |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EXAMEN EN GROS CARACTÈRES          | <input type="checkbox"/> VERSION AUDIO DE L'EXAMEN                |
| <input type="checkbox"/> SALLE DISTINCTE                    | <input type="checkbox"/> TEMPS SUPPLÉMENTAIRE (SPÉCIFIER) : _____ |
| <input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIER) : _____<br>_____ |                                                                   |

COMMENTAIRES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**NOTE**

Les demandes de modifications des procédures doivent être soumises au BNCHD 60 jours avant la date d'examen (lorsque vous faites votre demande d'admission à l'examen).

Les accommodements demandés sont sujets à l'approbation du BNCHD.

Le BNCHD confirmera par écrits quels accommodements seront accordés.

**Retourner à :**  
 BNCHD  
 1929 Ch. Russell, Bur. 322  
 Ottawa, ON K1G 4G3