

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

TITRE DE L'EXAMEN : _____

DATE DE L'EXAMEN : _____

NATURE DES BESOINS : _____

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

EXAMEN EN GROS CARACTÈRES

FEUILLE-RÉPONSE EN GROS CARACTÈRES

SECRÉTAIRE

SALLE DISTINCTE

LECTEUR(ICE)

TEMPS SUPPLÉMENTAIRE (SPÉCIFIER LE TEMPS ALLOUÉ) : _____

AUTRE (SPÉCIFIER) : _____

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.

Retourner à :

BNCHD
1929 Ch. Russell, Bur. 322
Ottawa, ON K1G 4G3