

## ACCOMMODEMENTS POUR L'EXAMEN DOCUMENTATION SUR LES BESOINS SPÉCIAUX

*Si vous avez des besoins spéciaux qui nécessitent un accommodement pour passer l'examen de certification, veuillez faire remplir cette section par un(e) professionnel(le) approprié(e) (p. ex., médecin, psychologue, conseiller(ère) en réadaptation, éducateur(ice) spécialisé(e), ou autre professionnel(le)) pour certifier que votre affection incapacitante requiert l'accommodement demandé pour l'examen.*

*À moins que vous n'ayez reçu un diagnostic récent, vous devez également soumettre toute documentation existante indiquant que vous avez bénéficié d'accommodements identiques ou similaires dans **une autre situation d'examen par le passé.***

Je connais \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_  
(NOM DU/DE LA CANDIDAT(E)) (DATE)

en ma qualité de \_\_\_\_\_  
(TITRE PROFESSIONNEL)

à cause de la nature des besoins du/de la candidat(e), \_\_\_\_\_  
(DESCRIPTION DU HANDICAP DU/DE LA CANDIDAT(E))

je suis d'avis que le/la candidat(e) devrait être accommodé(e) en obtenant ce qui suit:

**(Cochez tout ce qui s'applique)**

- EXAMEN EN GROS CARACTÈRES       FEUILLE-RÉPONSE EN GROS CARACTÈRES
- SECRÉTAIRE       SALLE DISTINCTE       LECTEUR(ICE) / ENREGISTREMENT
- TEMPS SUPPLÉMENTAIRE (SPÉCIFIER LE TEMPS ALLOUÉ) : \_\_\_\_\_
- AUTRE (SPÉCIFIER) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOAE: \_\_\_\_\_

TITRE: \_\_\_\_\_

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

**Retourner à :**

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