

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.***

À être rempli par le/la professionnel(le) approprié(e) :

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))

C'est mon avis professionnel que le/la candidat(e) devrait être accommodé(e) en obtenant ce qui suit:

(Cochez tout ce qui s'applique)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> EXAMEN EN GROS CARACTÈRES
<input type="checkbox"/> SALLE DISTINCTE
<input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIER) : _____

_____ | <input type="checkbox"/> VERSION AUDIO DE L'EXAMEN
<input type="checkbox"/> TEMPS SUPPLÉMENTAIRE (SPÉCIFIER) : _____

_____ |
|---|--|

NOM: _____ Tél: _____

TITRE: _____

SIGNATURE: _____ DATE: _____

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