

IDENTIFICATION DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

Nom : Courriel :
Prénom : Numéro de permis :
Date d'examen : JJ/MM/AAAA

Rappel : Il est de votre responsabilité d'effectuer tout changement relatif à vos coordonnées dans votre dossier en ligne ([Mon compte](#)) pour maintenir votre dossier à jour.

INFORMATION IMPORTANTE

Ce certificat de santé doit être rempli par un professionnel de la santé habileté ou par l'expert en adaptation scolaire responsable des accommodements reçus pendant la formation.

Afin que la demande d'accommodement soit examinée, il est nécessaire de **démontrer que l'état de santé** de la personne visée par ce certificat entraîne des **limitations fonctionnelles** qui découlent d'une **déficiência physique ou mentale**, laquelle **restreint sa capacité à réussir l'examen professionnel de l'Ordre**.

Tous les renseignements fournis seront traités dans la plus stricte confidentialité. La candidate ou le candidat est responsable de tous les frais associés à la production de ce certificat, le cas échéant.

SECTION 1 | État de santé

Veillez préciser la condition de santé liée aux limitations fonctionnelles :

Permanent Temporaire

SECTION 2 | Mesures d'accommodement recommandées

Local avec stimulations réduites ([voir la définition ici](#))

Autre mesure – veuillez préciser (ex. : équipement, temps additionnel requis si plus de 50 %, logiciel de synthèse vocale, paravent, casque antibruit, particularité du local d'examen) :

SECTION 3 | Précisions concernant les limitations et les mesures d'accommodement recommandées

Décrire **a)** les limitations fonctionnelles de la personne et **b)** l'effet des limitations sur la capacité à réussir l'examen professionnel IPS:

a) les limitations :

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

b) l'effet des limitations sur la capacité à réussir l'examen :

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

SECTION 4 | Signature de la professionnelle / du professionnel de la santé / expert en adaptation scolaire

J'atteste que les mesures d'accommodement sont nécessaires au succès de la candidate ou du candidat.

Nom, prénom : Courriel :
Titre : Téléphone :
Établissement : Code postal :
Signature : Date : JJ/MM/AAAA
Numéro de permis : Numéro de prescripteur :

CONSENTEMENT ET SIGNATURE DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

J'ai lu les informations ci-dessus et je comprends que ces renseignements pourront être communiqués au Comité des requêtes de l'Ordre aux fins de l'étude de ma demande d'accommodement.

J'autorise l'Ordre à communiquer avec la professionnelle ou le professionnel de la santé ci-haut au sujet des renseignements fournis dans le présent certificat.

Signature : Date : JJ/MM/AAAA