

# EXAMEN PROFESSIONNEL

## Certificat de santé pour une demande de mesures d'accommodement

Direction, Admissions et registrariat

### IDENTIFICATION DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

Nom : \_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Ou Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
Date d'examen : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA Date de naissance : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA

Rappel : Il est de votre responsabilité d'effectuer tout changement relatif à vos coordonnées pour maintenir votre dossier à jour.

### INFORMATION IMPORTANTE

**Ce certificat de santé doit être rempli par un professionnel de la santé habilité 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 **déficience 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

Veuillez préciser le diagnostic lié 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

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

**a) les limitations :**

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

_____	_____
_____	_____
_____	_____

### 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  
N° permis : \_\_\_\_\_

### 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