

Formulaire de demande de mesures d'adaptation

Conformément à la Politique sur les mesures d'adaptation à l'intention des étudiants inscrits et des candidats à l'EQM (la « Politique »), de l'Institut des CBV (l'« Institut »), tout candidat (tel que défini dans la Politique) handicapé qui souhaite demander une mesure d'adaptation scolaire doit remplir ce Formulaire de demande de mesures d'adaptation et se conformer à tous les délais fixés dans la Politique.

Ce Formulaire de demande de mesures d'adaptation ne sera considéré comme valide que pendant une période maximale de trois (3) ans après la date à laquelle le prestataire de soins de santé qualifié a signé ce formulaire. L'Institut peut demander des informations supplémentaires et/ou des documents justificatifs pour évaluer les besoins du candidat afin de fournir des mesures d'adaptation scolaires appropriées, conformément à la politique.

Toutes les informations et/ou documents justificatifs doivent être fournis en anglais ou en français.

SECTION 1 – FORMULAIRE DE DEMANDE DU CANDIDAT

Cette section doit être entièrement remplie par le candidat. Si vous souhaitez bénéficier d'une mesure d'adaptation scolaire continue qui aura une incidence sur plusieurs examens, veuillez indiquer le prochain examen applicable dans la section 1.2.

Section 1.1 – Renseignements personnels du candidat			
Nom et prénom :		ID de l'étudiant :	
Adresse électronique :		Téléphone :	
Section 1.2 – Renseignements sur l'examen			
Examen :		Date de l'examen :	
Avez-vous déjà bénéficié d'une mesure d'adaptation scolaire pour un examen par l'Institut ?			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez l'année et l'examen :			
Avez-vous déjà bénéficié d'une mesure d'adaptation scolaire pour un examen par un autre organisme professionnel accrédité ? (p. ex. CPA Canada, CFA Institute, etc.)			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez l'année, l'organisme professionnel et l'examen :			
Vous a-t-on déjà refusé une mesure d'adaptation scolaire pour un examen par l'Institut ou un autre organisme professionnel accrédité ?			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez l'année, l'organisme professionnel et l'examen :			

Section 1.3 – La nature du handicap	
Quelle est la nature de votre handicap et/ou déficience ?	
Section 1.5 – Déclaration du candidat	
L'Institut s'engage à protéger votre vie privée et vos renseignements personnels. Les renseignements demandés dans ce formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément aux lois fédérales et provinciales applicables et à la politique de l'Institut. Ces renseignements seront partagés et examinés uniquement si nécessaire et comme spécifié dans la politique pour déterminer l'admissibilité aux mesures d'adaptation et pour mettre en œuvre les mesures d'adaptation approuvées.	
Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes. Par la présente, j'autorise l'Institut à partager, si nécessaire, tous les détails pertinents liés à ma demande de mesures d'adaptation, y compris, mais sans s'y limiter :	
<ul style="list-style-type: none"> • ce Formulaire de demande de mesures d'adaptation et tous les documents justificatifs ; • toutes les déclarations et documents pertinents soumis par des professionnels qualifiés/autorisés ; et • tout document supplémentaire demandé et reçu par l'Institut. 	
J'autorise le prestataire de soins de santé réglementé ci-dessous à fournir les informations contenues dans ce formulaire et spécifiquement telles qu'énoncées dans la section 2 dans le but d'une demande de mesure d'adaptation auprès de l'Institut. Je comprends que toutes les informations susmentionnées peuvent être distribuées et examinées par le directeur de l'éducation de l'Institut ou son ou ses délégués dans le but de déterminer les mesures d'adaptation à accorder, le cas échéant. Je comprends que les informations nécessaires pour faciliter les mesures d'adaptation, y compris mon nom, mon examen et la mesure d'adaptation, seront fournies au personnel concerné.	
Date:	Signature:

SECTION 2 – FORMULAIRE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Cette section doit être remplie dans son intégralité par un professionnel de la santé réglementé situé dans le pays de résidence de l'étudiant. Un professionnel de la santé réglementé est un professionnel autorisé à établir un diagnostic ou à évaluer et à gérer de manière exhaustive le handicap ou l'état de santé dans le cadre de la prestation de services de soins de santé. Le prestataire de soins de santé réglementé est tenu de remplir entièrement cette section ; le candidat ne doit pas préremplir cette section.

2.1 – Renseignements du professionnel de la santé réglementé	
Nom du professionnel :	

Nom de l'organisme de réglementation auquel vous êtes affilié :	
Titre professionnel :	
Numéro de licence :	
Adresse :	
Téléphone :	
Veuillez décrire vos qualifications et votre relation professionnelle avec le candidat qui vous permettent de lui recommander des mesures d'adaptation.	
2.2 - La nature du handicap :	
(OPTIONEL) Diagnostic	
Avez-vous diagnostiqué le handicap ?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Si oui, quand ?
Si vous n'avez pas diagnostiqué ce handicap, avez-vous confirmé ce handicap ? (Laissez vide si la réponse ci-dessus est oui)	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Si oui, quand ?
Veuillez décrire la nature du handicap et/ou de la déficience :	

Veillez expliquer comment le candidat est affecté par le handicap et/ou la déficience :

Veillez indiquer la date de votre dernier traitement ou consultation avec le candidat :

Veillez décrire comment le handicap et/ou la déficience du candidat affecte ses performances dans les environnements d'examen en ligne. Plus précisément, décrivez les limitations fonctionnelles liées à l'état du candidat et expliquez comment ces limitations affectent sa capacité à réussir les examens en ligne surveillés. Les plaintes ou symptômes généraux ne constituent pas une preuve de limitations fonctionnelles.

Le cas échéant, veuillez indiquer si le candidat s'est vu prescrire des médicaments ou un traitement susceptible d'atténuer ou de diminuer les symptômes de son état et, dans l'affirmative, si cela a été pris en compte dans votre évaluation des mesures d'adaptation demandés ci-dessous :

En fonction de votre connaissance de l'état du candidat, lequel des mesures d'adaptation suivantes recommandez-vous ? (Veillez indiquer toutes les réponses applicables) :

Temps supplémentaire	_____ minutes par heure d'examen
----------------------	----------------------------------

Pauses de repos chronométrées	_____ minutes par heure d'examen
-------------------------------	----------------------------------

Autre (précisez)	
------------------	--

Quelle est la durée prévue du handicap (c'est-à-dire moins d'un (1) an, plus d'un (1) an) ou autre).

2.3 - L'attestation

J'affirme que les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire et dans tous les documents joints sont exacts et complets à ma connaissance. Je confirme avoir personnellement rempli ce formulaire. Je confirme n'avoir aucun lien personnel avec le candidat.

Date :

Signature :