



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADAPTATION

Conformément à la Politique sur les mesures d'adaptation pour les étudiants inscrits et les candidats à l'EQM (la « politique ») de l'Institut des CBV (l'« Institut »), tous les candidats (comme défini dans la politique) ayant un handicap souhaitant demander une mesure d'adaptation scolaire doivent remplir ce formulaire de demande d'adaptation et respecter tous les délais prévus dans la politique.

Ce formulaire de demande d'adaptation ne sera considéré comme valide que pour un maximum de trois (3) ans après la date à laquelle le fournisseur de soins de santé qualifié a signé ce formulaire. Les renseignements fournis sur le formulaire de demande d'adaptation doivent porter sur l'incidence actuelle du handicap du candidat sur sa capacité à participer au programme ou à passer l'EQM. L'Institut peut demander des renseignements supplémentaires ou des pièces justificatives afin d'évaluer les besoins du candidat pour d'offrir une mesure d'adaptation scolaire appropriée, conformément à la politique.

Tous les renseignements et les pièces justificatives doivent être fournis en anglais ou en français.

SECTION 1 – FORMULAIRE DU CANDIDAT

Cette section doit être entièrement remplie par le candidat. Si vous demandez une mesure d'adaptation scolaire continue qui affectera plusieurs examens, veuillez indiquer le prochain examen applicable à la section 1.2.

SECTION 1.1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT			
Nom complet :		ID étudiant :	
Adresse électronique :		Numéro de téléphone :	
Indiquez toutes les désignations professionnelles actuellement détenues par le candidat, ou que le candidat tente actuellement d'obtenir :			
Section 1.2 – Renseignements sur l'examen			
Examen :		Date de l'examen :	
Avez-vous déjà obtenu une mesure d'adaptation pour un examen par l'Institut?			
Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, précisez l'année et l'examen			

Avez-vous déjà obtenu une mesure d'adaptation pour un examen par une université, un collège ou une école secondaire? Dans l'affirmative, veuillez indiquer tout ce qui s'applique.

Oui ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, précisez l'année, les organisations et les examens :

Avez-vous déjà obtenu une mesure d'adaptation pour un examen par un autre ordre professionnel agréé? (c.-à-d. CPA, CFA, etc.)

Oui, ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, précisez l'année, l'ordre professionnel et l'examen :

Est-ce qu'une mesure d'adaptation scolaire pour un examen vous a été refusée par l'Institut ou un autre ordre professionnel agréé?

Oui, ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, précisez l'année, l'ordre professionnel et l'examen :

Section 1.3 – Nature du handicap

Quelle est la nature de votre handicap ou de votre incapacité? L'incapacité fait référence aux façons particulières dont un trouble de santé affecte la capacité du candidat à accomplir des tâches liées à l'examen. Veuillez fournir suffisamment de renseignements pour permettre à l'Institut d'évaluer et de déterminer les mesures d'adaptation appropriées en fonction de la nature des limites particulières et de leur incidence sur votre participation au programme ou à l'EQM. Vous n'êtes pas obligé de divulguer votre diagnostic précis, bien que vous puissiez choisir de le faire.

Section 1.5 – Déclaration du candidat

L'Institut s'engage à protéger votre vie privée et vos renseignements personnels. Les renseignements demandés sur ce formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément aux lois fédérales et provinciales applicables ainsi qu'à la politique de l'Institut. Ces renseignements seront partagés et examinés au besoin, y compris avec les consultants médicaux de l'Institut, et selon les spécifications de la politique, afin de déterminer l'admissibilité aux mesures d'adaptation et de mettre en œuvre toute mesure d'adaptation approuvée.

Je certifie que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets. J'accorde par la présente à l'Institut l'autorisation d'utiliser et de divulguer tous les détails pertinents liés à ma demande d'adaptation aux personnes concernées de l'Institut et à ses consultants médicaux, y compris, mais sans s'y limiter :

- ce formulaire de demande d'adaptation et toute pièce justificative;
- toutes les déclarations et tous les documents pertinents soumis par des professionnels qualifiés et titulaires d'une licence;
- tous les documents supplémentaires demandés et reçus par l'Institut.

J'autorise le fournisseur de soins de santé réglementé ci-dessous à fournir les renseignements contenus dans ce formulaire et spécifiquement comme énoncés à la section 2 aux fins d'une demande d'adaptation présentée auprès de l'Institut. Je comprends que tous les renseignements mentionnés ci-dessus peuvent être distribués et examinés par le directeur de la formation de l'Institut ou leurs délégués, y compris les consultants médicaux, afin de déterminer les mesures d'adaptation à accorder, le cas échéant. Je comprends que les renseignements nécessaires pour faciliter la mesure d'adaptation, y compris mon nom, mon examen et la mesure d'adaptation, seront fournis au personnel concerné.

Je confirme que le fournisseur de soins de santé qui a rempli la section 2 de ce formulaire m'a traité dans un cadre professionnel avant de remplir ce formulaire.

Date :

Signature :

SECTION 2 – FORMULAIRE DE MÉDECIN PRATICIEN

Cette section doit être remplie dans son intégralité par un professionnel de la santé réglementé situé dans le pays de résidence de l'étudiant. Le professionnel de la santé réglementé doit être un professionnel autorisé à fournir un diagnostic ou à évaluer et gérer de manière complète le handicap ou le trouble de santé dans le cadre de la prestation des services de santé, et avoir connaissance du handicap du candidat ainsi que des limites ou des incapacités concernant le handicap liées à sa participation au programme ou à sa capacité à passer l'EQM. Pour être plus précis, incapacité désigne les façons particulières dont un trouble de santé affecte la capacité du candidat à accomplir des tâches liées à l'examen. Le fournisseur de soins de santé réglementé est tenu de remplir entièrement cette section; le candidat ne doit pas préremplir cette section.

2.1 – Renseignements sur le médecin praticien agréé	
Nom du professionnel :	
Nom de l'organisme de réglementation :	
Désignation :	
Numéro de licence :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Veuillez décrire vos qualifications et votre relation professionnelle avec le candidat qui vous permettent de lui recommander des mesures d'adaptation.	
2.2 – Nature du handicap	
(FACULTATIF) Diagnostic	
Description du trouble :	
Avez-vous diagnostiqué le trouble?	
Oui, <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, à quelle date?	

Si vous n'avez pas diagnostiqué ce trouble, l'avez-vous confirmé? (laisser vide si la réponse ci-dessus est oui)

Oui, ☐

Non ☐

Dans l'affirmative, à quelle date?

Veillez décrire depuis combien de temps vous suivez ou traitez le candidat :

Veillez décrire la nature du handicap ou de l'incapacité :

Veillez décrire la façon dont le candidat est affecté par le handicap ou l'incapacité :

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

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 – Limites fonctionnelles

Les examens du programme, y compris l'examen de qualification des membres (l'« EQM »), sont des examens à durée limitée qui consistent en des études de cas écrites testant le contenu visé au cours du programme. Les examens sont surveillés en ligne, qui peuvent se faire à distance à l'emplacement de choix du candidat. Une exigence pour réussir le programme et devenir évaluateur d'entreprise agréé (Chartered Business Valuator), conformément aux résultats d'apprentissage du programme et à l'intérêt public, est la capacité de passer les examens et l'EQM dans le temps imparti.

Les mesures d'adaptation ne seront accordées qu'en conformité avec la politique, et de manière à ne pas altérer la capacité de l'Institut à évaluer si le candidat a démontré les compétences requises pour réussir le programme.

Contexte d'examen et mesures d'adaptation

Le programme et l'EQM sont des **examens écrits sous pression temporelle** conçus pour reproduire des conditions professionnelles réelles. Une exigence fondamentale pour la réussite du programme et pour l'admission en tant qu'évaluateur d'entreprise agréé est la capacité de démontrer sa compétence dans ces délais limités. En conséquence, les demandes de **temps supplémentaire** pour ces examens sont généralement incompatibles avec le mandat de l'Institut visant à protéger l'intérêt public.

Toute recommandation de mesures d'adaptation scolaire doit être faite avec une attention particulière en conséquence. Veuillez noter que :

- toutes les recommandations seront assujetties à un **examen par des consultants médicaux indépendants** mandatés par l'Institut pour évaluer la validité de la demande, et **l'Institut se réserve le droit d'accepter, modifier ou refuser toute recommandation**;
- l'Institut vous demande de considérer si les **pauses de repos chronométrées** pourraient offrir une mesure d'adaptation tout aussi efficace pour le handicap du candidat, au lieu de passer du temps supplémentaire à l'examen;
- selon la politique de l'Institut, le **temps supplémentaire n'est accordé que dans des circonstances exceptionnelles**, et le temps supplémentaire total permis pour un examen ne devrait normalement pas dépasser **trente (30) minutes**.

Les mesures d'adaptation ne seront accordées qu'en conformité avec la politique de l'Institut, et seulement si elles n'altèrent pas la capacité de l'Institut à évaluer valablement si le candidat a démontré les compétences requises pour réussir le programme;

Veillez décrire la façon dont le handicap ou l'incapacité du candidat affecte son rendement dans les environnements de tests en ligne. Plus précisément, décrivez les limites fonctionnelles liées au trouble du candidat et décrivez la façon dont ces limites affectent sa capacité à réussir des examens surveillés en ligne. Les plaintes ou symptômes généraux ne constituent pas une preuve de limites fonctionnelles.

Le cas échéant, veuillez informer si le candidat a reçu une ordonnance de médicaments ou un traitement pouvant atténuer ou atténuer les symptômes de son trouble et, le cas échéant, si cela a été pris en compte dans votre évaluation des limites fonctionnelles anticipées lors d'un examen en ligne surveillé, y compris les demandes de temps supplémentaire :

En fonction de votre évaluation des limites fonctionnelles du candidat lors d'un examen surveillé en ligne, veuillez indiquer les mesures d'adaptation recommandées pour chaque limite fonctionnelle afin de réduire ou atténuer l'incidence de cette limite sur la capacité du candidat à passer l'examen.

Veillez noter que ces recommandations doivent être basées sur votre évaluation clinique et votre opinion concernant les limites fonctionnelles actuelles du candidat et les exigences d'un examen en ligne surveillé, en tenant compte des compétences requises du programme, y compris la capacité à passer l'examen dans les délais. Rien ne garantit qu'une mesure d'adaptation recommandée sera approuvée, et toute recommandation sera en tout temps soumise à un examen et à une évaluation par le directeur de la formation, ou par ses représentants, y compris les consultants médicaux.

2.4 – Certification	
J'affirme que les renseignements que j'ai fournis sur ce formulaire et tous les documents joints sont exacts et complets selon ma connaissance. Je confirme que j'ai personnellement rempli ce formulaire. Je confirme que je n'ai aucune relation personnelle avec le candidat, en dehors de toute relation clinique.	
Date :	Signature :

66278010.1
66467462.1

Conseil d'administration
Le 27 novembre 2025