



À l'intention du candidat

Remplir la section 1 ou vérifier les renseignements qui s'y trouvent. Remplir et signer les sections 2 et 3.

Section 1 – Renseignements sur l'identité du candidat

Nom de famille

Prénom

Adresse du domicile

Numéro

Rue

Appartement

Code postal

Ville, village ou municipalité

Numéro de dossier QP

Date de naissance

Section 2 – Nature de la demande

Je demande une mesure d'adaptation pour l'examen : _____

Date

Signature du candidat

Section 3 – Autorisation de communiquer des renseignements

J'autorise le professionnel de la santé ou de l'éducation à communiquer au Ministère des renseignements concernant ma condition.

Date

Signature du candidat

À l'intention du professionnel de la santé ou de l'éducation

Remplir les sections 4 et 5. Remplir et signer la section 6.

Section 4 – Renseignements sur l'identité du professionnel

Nom de famille

Prénom

Adresse

Numéro

Rue

Code postal

Ville, village ou municipalité

Téléphone

Télécopieur

Profession

Numéro de permis

Section 5 – Diagnostic

Date

J'ai rencontré le client le : _____

J'ai diagnostiqué la déficience suivante :

Cocher le type de déficience et en préciser la nature.

☐ Déficience motrice

☐ Déficience visuelle

☐ Déficience auditive

☐ Déficience neuropsychologique

☐ Analphabétisme

☐ Autre

Section 6 – Mesure d'adaptation

Indiquer, parmi les mesures d'adaptation des moyens d'évaluation énumérées ci-dessous, celle qui serait la plus pertinente.

Cocher la mesure d'adaptation et en préciser la nature.

☐ Prolonger la durée de l'examen

☐ Fournir les services d'un lecteur

☐ Autre

Commentaires

Date

Signature du professionnel

Réservé au Ministère

☐ Demande acceptée ☐ Demande refusée

Mesure d'adaptation : _____

Date

Signature du représentant du Ministère