

Sections 1, 2 and 3 to be completed by the candidate.

Please complete or check the information entered in section 1, and complete and sign sections 2 and 3.

Section 1 – Candidate identification

Last name		First name		
Home address	Number	Street	Apartment	Postal code
	City		File number QP	Date of birth

Section 2 – Purpose of the application

I am applying for an accomodation measure for the following examination:

Date

Signature of candidate

Section 3 – Authorization to disclose information

I authorize the health or education professional to disclose information about my condition to the Ministère.

Date

Signature of candidate

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