



Demande de mesures d'adaptation à l'examen
Formulaire de documentation professionnelle des besoins liés à l'invalidité ou à l'incapacité

Si vous êtes atteinte ou atteint d'une invalidité ou incapacité qui nécessite des mesures d'adaptation à l'examen, veuillez faire remplir cette section par un professionnel de la santé qualifié (p. ex. médecin, psychologue) qui certifiera que votre invalidité ou incapacité rend nécessaire la modification demandée.

Exemple de documents remplis par le professionnel de la santé qualifié pouvant être présentés à l'appui de votre demande de modifications à l'administration de l'examen :

- identification de l'incapacité/invalidité ou du diagnostic;
- date approximative de l'identification ou du diagnostic original de l'incapacité/invalidité;
- courte description et histoire de l'incapacité/invalidité;
- identification des tests ou des protocoles utilisés pour confirmer le diagnostic;
- description des modifications ou des mesures d'adaptation antérieures offertes en raison de l'incapacité/invalidité;
- nature ou type des modifications ou des mesures d'adaptation demandées actuellement;
- titre, qualifications, coordonnées (téléphone et courriel) et signature lisibles du professionnel de la santé qualifié;
- détails des mesures d'adaptation dont la candidate a bénéficié dans les situations d'examen lors de son programme de sciences infirmières.

Veuillez soumettre les pièces justificatives avec ce formulaire directement à l'Ordre de la pratique infirmière du Nouveau-Brunswick par télécopieur au 506-459-2838 ou par courriel à reg-imm@cnnb-opinb.ca

Je connais _____ depuis _____
(nom de la personne) (date)

En ma qualité de _____
(titre professionnel)

En raison de la nature suivante de son incapacité ou invalidité _____

J'estime que cette personne devrait bénéficier des modifications ou des mesures d'adaptation suivantes (cochez tous les choix que s'appliquent) :

- | | |
|--|--|
| ☐ Salle séparée | ☐ Contraste réglable |
| ☐ Salle séparée et lecteur/lectrice | ☐ Taille des caractères |
| ☐ Salle séparée et scribe | ☐ Autre (veuillez préciser) _____ |
| ☐ Temps additionnel (veuillez préciser le temps nécessaire) _____ | |

Commentaires du professionnel de la santé qualifié ayant rempli ce formulaire :

Nom : _____

Téléphone : _____

Titre : _____

Courriel : _____

Signature : _____

Date : _____