



**Demande de mesures d'adaptation à l'examen**  
**Formulaire de demande de la personne se présentant à l'examen**

**Veillez soumettre 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](mailto:reg-imm@cnnb-opinb.ca)**

L'information demandée ici et toute documentation sur votre invalidité ou incapacité et votre besoin de modification des conditions de l'examen d'autorisation seront traitées confidentiellement et ne seront pas communiquées à qui que ce soit sans votre autorisation écrite.

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Langue de l'examen : \_\_\_\_\_

Nature de l'invalidité ou de l'incapacité : \_\_\_\_\_

**MODIFICATIONS ET MESURES D'ADAPTATION DEMANDÉES PENDANT L'EXAMEN**  
**(cochez toutes les mesures qui s'appliquent)**

- |                                                            |                                                          |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salle séparée                     | <input type="checkbox"/> Contraste réglable              |
| <input type="checkbox"/> Salle séparée et lecteur/lectrice | <input type="checkbox"/> Taille des caractères           |
| <input type="checkbox"/> Salle séparée et scribe           | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ |
| <input type="checkbox"/> Temps additionnel _____           |                                                          |

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**REMARQUE**

Les modifications demandées doivent être approuvées par L'OPINB et le National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). Toutes les mesures d'adaptation ne sont pas disponibles dans tous les centres de test.