

# Formulaire de demande d'accommodement

Ce formulaire doit être soumis au bureau du BNED d'ici la date limite d'inscription.

## Information du demandeur

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Numéro d'identification BNED: \_\_\_\_\_ Adresse courriel: \_\_\_\_\_

Examen ou évaluation (examen): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Centre: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu un accommodement de la part du BNED? OUI  NON

Si oui, date de l'accommodement reçu: \_\_\_\_\_

Type d'accommodement offert: \_\_\_\_\_

## Divulgateion d'information

Je confirme que les informations fournies au BNED sont véridiques et exactes.

J'autorise le BNED à communiquer avec le/les professionnel(s) de la santé ayant soumis des documents justificatifs en rapport à ma demande d'accommodement.

De plus, j'autorise \_\_\_\_\_ à fournir au Bureau national d'examen  
(Nom du fournisseur de soins de santé)

dentaire du Canada (BNED), des informations concernant ma capacité à fonctionner; les restrictions et limitations touchant ma capacité à participer à l'examen; et tous les accommodements qui me permettraient de participer à l'examen.

X \_\_\_\_\_

Signature

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(jj) (mm) (aaaa)



The National Dental  
Examining Board of Canada  
Le Bureau national d'examen  
dentaire du Canada

80 Elgin Street, 2<sup>nd</sup> Floor  
Ottawa, Ontario, Canada, K1P 6R2  
Tel: 613-236-5912  
Fax: 613-236-8386

[www.ndeb-bned.ca](http://www.ndeb-bned.ca)

## À compléter par le professionnel de la santé

Le BNED exige que ce formulaire soit rempli par un professionnel de la santé réglementé agréé spécialisé dans le domaine relié au handicap du candidat. *Seules les informations sur la santé reliées à la demande d'accommodement devraient être incluses.* Le formulaire doit être envoyé directement au bureau du BNED.

Coordonnateur des accommodements pour les examens

Le Bureau national d'examen dentaire du Canada

80 rue Elgin, 2<sup>ème</sup> étage

Ottawa, ON K1P 6R2

## Informations sur l'examen

Le BNED est l'organisme responsable d'établir et de maintenir une norme nationale de compétence pour les dentistes au Canada. Le BNED administre les examens menant à l'obtention d'un permis.

L'accommodement demandé ne peut pas modifier la nature et le niveau des compétences évaluées, ou représenter une modification fondamentale de l'évaluation.

## Renseignements sur les professionnels agréés/qualifiés

Titre : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

### Information sur le diagnostic et le traitement

Diagnostic officiel:

Est-ce que le candidat est apte à participer à l'examen? Oui  Non

Est-ce que ce candidat est apte à pratiquer la dentisterie sur de vrais patients? Oui  Non

Brève description du diagnostic :

Date de la dernière visite du candidat :

Expliquez les effets du diagnostic sur la capacité du candidat à performer dans des conditions normales d'examen.

**Accommodement :**

**Selon votre connaissance de l'état du candidat, indiquez les accommodements recommander?**

Je certifie que les informations ci-dessus et les pièces jointes sont, à ma connaissance, véridiques et exactes.

Numéro de permis: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Signature

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(dd) (mm) (yyyy)

