



# Examen d'admission OEAQ

## Certificat médical pour une demande de mesures d'accommodement

Direction, Admissions et registrariat

### IDENTIFICATION DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

Nom : \_\_\_\_\_ Lieu d'examen : Montréal  
Prénom : \_\_\_\_\_ Québec  
Année d'examen : \_\_\_\_\_

Rappel : Il est de votre responsabilité d'effectuer tout changement relatif à vos coordonnées pour maintenir votre dossier à jour.

### INFORMATION IMPORTANTE

**Ce diagnostic doit être complété par un professionnel de la santé ou un expert en adaptation scolaire.**

Afin que la demande d'accommodement soit examinée, il est nécessaire de **démontrer que l'état de santé** de la personne visée par ce certificat entraîne des **limitations fonctionnelles** qui découlent d'une **déficience physique ou mentale**, qui **restreint sa capacité à réussir l'examen professionnel de l'Ordre**.

Tous les renseignements fournis seront traités dans la plus stricte confidentialité. La candidate ou le candidat est responsable de tous les frais associés à la production de ce certificat, le cas échéant.

### SECTION 1 | État de santé

Veuillez préciser le diagnostic lié aux limitations fonctionnelles :

\_\_\_\_\_  Permanent  Temporaire

### SECTION 2 | Mesures d'accommodement recommandées

**Local :**  aucun local particulier **Temps additionnel requis :**  aucun  
 avec stimulations environnementales réduites  + 33 %  
 Local spécial avec d'autres personnes en accommodement  + 50 %

**Autre mesure** (veuillez préciser) :  
\_\_\_\_\_

### SECTION 3 | Précisions concernant les limitations et les mesures d'accommodement recommandées

Veuillez décrire **a)** les limitations fonctionnelles de la personne et **b)** l'effet des limitations sur la capacité à réussir l'examen :

**a) les limitations :**


**b) l'effet des limitations sur la capacité à réussir l'examen :**


### SECTION 4 | Signature de la professionnelle ou du professionnel de la santé

J'atteste que les mesures d'accommodement sont nécessaires au succès de la candidate ou du candidat.

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Titre : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Établissement : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Signature / N° Permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA

### CONSENTEMENT ET SIGNATURE DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

- J'ai lu les informations ci-dessus et je comprends que ces renseignements seront divulgués au Comité des requêtes aux fins de l'étude de ma demande d'accommodement.
- J'autorise l'Ordre à communiquer avec le professionnel ou la professionnelle de la santé ci-haut au sujet des renseignements fournis dans le présent certificat.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA