

# Demande d'accommodation spéciale pour passer les examens

## Déficience physique/troubles chroniques

À remplir par l'Examinateur en chef des examens

Quatre derniers chiffres du NSS ou NAS du candidat

### Section 1 – À remplir par le candidat du GED

Veillez remplir intégralement cette section et signer l'autorisation de divulgation d'information. Faites remplir toutes les sections par le spécialiste approprié avant de remettre ce formulaire à l'Examinateur en chef du Centre d'examens du GED dont vous dépendez. Après étude de la demande, ce dernier vous indiquera si des informations supplémentaires sont nécessaires.

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale ou d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_  
mm / jj / aa

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

Ville: \_\_\_\_\_ État/Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : ( ) - \_\_\_\_\_

**Autorisation de divulgation d'information** : Pour les candidats âgés de moins de 18 ans, la signature des parents ou du tuteur légal est exigée.

J'autorise par les présentes les autorités scolaires et mon (mes) prestataire(s) de services médicaux à fournir mon dossier scolaire et/ou mon dossier médical ou psychologique aux Services du GEDTS et à leurs représentants en connexion avec ma demande d'accommodation pour passer les examens du GED.

*Signature du candidat  
(le cas échéant)*

*Signature des parents ou du tuteur légal*

*Date*

### Section 2 À remplir par l'Examinateur en chef du centre d'examens du GED

Veillez vous assurer que toutes les sections du présent formulaire ont été dûment remplies. Indiquez les quatre derniers chiffres du numéro de sécurité sociale (NSS) ou d'assurance sociale (NAS) du candidat dans la partie supérieure droite de chaque page de ce formulaire. Toute information manquante est susceptible de retarder l'évaluation de la demande du candidat. Veillez signer et dater le formulaire avant de l'envoyer à l'Administrateur du GED dont vous relevez.

Nom de l'Examinateur en chef des examens: \_\_\_\_\_

Numéro d'identité à 10 chiffres du Centre: \_\_\_\_\_

Nom du Centre: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: ( ) - \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur: ( ) - \_\_\_\_\_

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

Je certifie avoir examiné ce formulaire et confirme qu'il a été dûment rempli

*Signature de l'Examinateur en chef des examens du GED*

*Date*

*mm / jj / aa*

# Demande d'accommodation spéciale pour passer les examens

## Déficience physique/troubles chroniques

À remplir par l'Examinateur en chef des examens

Quatre derniers chiffres du NSS ou NAS du candidat

### Section 3 : À remplir par le diagnosticien professionnel ou le représentant

Cette section doit être remplie par le diagnosticien professionnel. Elle peut aussi être remplie par un représentant avec les informations fournies par le rapport du diagnosticien professionnel si ce dernier n'est pas disponible ou que la documentation est disponible dans le dossier scolaire du candidat. Un représentant peut être une personne autre que le diagnosticien professionnel qui aide le candidat à demander des accommodations spéciales pour se présenter aux examens. Le rapport du diagnosticien professionnel doit indiquer la certification ou son numéro de reconnaissance de la compétence. La documentation et les tests d'évaluation doivent inclure un diagnostic clair et fournir des informations relatives aux limitations fonctionnelles actuelles susceptibles d'affecter la capacité du candidat à se présenter à l'examen dans les conditions normales, pour permettre une évaluation adéquate de la demande d'accommodation présentée.

**Veillez indiquer votre rôle :**

Diagnosticien professionnel

Représentant

Nom du professionnel responsable du diagnostic : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

Numéro de téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_  
mm / jj / aa

Numéro de la reconnaissance de la compétence : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
mm / jj / aa

État/Province/Territoire : \_\_\_\_\_ Spécialisation : \_\_\_\_\_

Nom du représentant (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Relation avec le candidat (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature de la personne responsable du diagnostic ou du représentant*

\_\_\_\_\_  
*Date mm / jj /aa*

# Demande d'accommodation spéciale pour passer les examens

## Déficience physique/troubles chroniques

À remplir par l'Examineur en chef des examens

Quatre derniers chiffres du NSS ou NAS du candidat

### Section 3A : Déficiences physiques/troubles chroniques

Toute demande d'accommodation des conditions d'examen pour raison de déficiences physiques ou de troubles chroniques doit être accompagnée de la documentation nécessaire établissant le niveau actuel de l'handicap et les limitations fonctionnelles qui en découlent ainsi que toute information éventuelle sur les antécédents.

**Cette documentation doit inclure une lettre sur papier officiel à en-tête signée par un professionnel qualifié, précisant l'handicap diagnostiqué et accompagnée de toute la documentation à l'appui.**

La documentation fournie par les candidats souffrant de déficiences physiques ou de troubles chroniques doit refléter les limitations fonctionnelles actuelles du candidat.

Documentation sur papier officiel à en-tête du diagnosticien professionnel jointe (obligatoire)

#### Conditions :

Déficience visuelle – Précisez : \_\_\_\_\_

Déficience auditive – Précisez : \_\_\_\_\_

Déficience motrice – Précisez : \_\_\_\_\_

Autre handicap – Précisez : \_\_\_\_\_

Limitations fonctionnelles : \_\_\_\_\_

Accommodations recommandées : \_\_\_\_\_

Justification des accommodations : \_\_\_\_\_

# Demande d'accommodation spéciale pour passer les examens

## Déficience physique/troubles chroniques

À remplir par l'Examineur en chef des examens

Quatre derniers chiffres du NSS ou NAS du candidat

### Section 3B : Accommodations requises

Veuillez indiquer les accommodations requises à l'appui de l'handicap documenté.

Durée prolongée (précisez) :

1,5 fois le temps régulier

2 fois le temps régulier

Autre

Cassette audio (avec repérage vocal) (exige du temps prolongé, généralement deux fois le temps régulier)

2 fois

Autre

*L'emploi de cette accommodation exige une certaine pratique. Les candidats doivent se voir donnée l'occasion de se pratiquer sur un test officiel prévisionnel du GED, sur version cassette audio, avant la date prévue de l'examen.*

Braille

Scribe

Calculatrice pour la partie II

Calculatrice parlante pour l'ensemble du test de mathématiques

Salle d'examen privée

Pauses supervisées (spécifier le nombre de minutes)

Durée d'examen continue : \_\_\_\_\_ minutes

Durée de la (des) pauses : \_\_\_\_\_ minutes

Autres

Les Services du GEDTS (General Education Development Testing Service) ne procèdent à aucune discrimination contre les candidats se présentant aux examens pour des raisons liées à leurs caractéristiques légalement protégées, à savoir, notamment, les questions de race, de couleur, de religion, de sexe, d'orientation, de grossesse, d'état-civil, de l'handicap physique ou mental, d'âge, de statut d'ancien combattant et d'origine nationale.

# **Demande d'accommodation spéciale pour passer les examens**

## **Déficience physique/troubles chroniques**

À remplir par l'Examinateur en chef des examens

Quatre derniers chiffres du NSS ou NAS du candidat

### **Section 4 : À remplir par l'Administrateur du GED**

Cette section doit être remplie par l'Administrateur du GED étude de la demande d'accommodation afin d'en documenter les résultats

Durée prolongée (précisez) :

1,5 fois le temps régulier

2 fois le temps régulier

Autre :

Cassettes audio (avec repérage vocal) (exige du temps prolongé, généralement deux fois le temps régulier)

2 fois

Autre

*L'emploi de cette accommodation exige une certaine pratique. Les candidats doivent se voir donnée l'occasion de se pratiquer sur un test officiel prévisionnel du GED, sur version cassette audio, avant la date prévue de l'examen.*

Scribe

Calculatrice pour la partie II

Calculatrice parlante pour l'ensemble du test de mathématiques

Salle d'examen privée

Pausés supervisées (spécifier le nombre de minutes) :

Durée d'examen continue : \_\_\_\_\_ minutes

Durée de la (des) pause(s) : \_\_\_\_\_ minutes

Autres \_\_\_\_\_

Renvoyé pour obtention d'informations supplémentaires

Date du renvoi : \_\_\_\_\_

mm / jj / aa

Raisons du renvoi de la demande :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Demande transmise pour évaluation au GEDTS (indiquer les raisons ci-dessous).

Date de la transmission : \_\_\_\_\_

mm / jj / aa

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Signature de l'Administrateur du GED**

**Numéro de téléphone**

**Date mm / jj / aa**