

Demande d'accommodation spéciale pour passer les examens

Santé mentale et émotionnelle

À remplir par l'Examineur 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'Examineur en chef du Centre d'examens 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'Examineur 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. Veuillez signer et dater le formulaire avant de l'envoyer à l'Administrateur du GED dont vous relevez.

Nom de l'examineur en chef du GED: _____

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'Examineur en chef des examens du GED

Date

mm / jj / aa

Demande d'accommodation spéciale pour passer les examens
Santé mentale et émotionnelle

À remplir par l'Examineur 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 disponible est 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. *La documentation soumise sera considérée comme suffisamment courante si elle a été préparée au cours des six derniers mois.* Cependant, toute documentation plus ancienne pourra être prise en considération, mais uniquement s'il s'agit des seuls documents que le candidat peut présenter sans fardeau ou dépense excessif.

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 reconnaissance de la compétence : _____ Date d'expiration : _____
mm / jj / aa

État/Province/Territoire : _____ Numéro : _____

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

Santé mentale et émotionnelle

À remplir par l'Examineur en chef des examens

Quatre derniers chiffres du NSS ou NAS du candidat

Section 3A : Handicap lié à la santé mentale ou émotionnelle

À remplir par le diagnosticien professionnel ou la personne vous aidant à remplir ce formulaire.

Pour obtenir une accommodation des conditions d'examen pour raison de problème de santé mentale ou émotionnelle, le niveau actuel de l'handicap et les limitations fonctionnelles qui en découlent doivent être clairement documentés, de même que les antécédents de cet handicap et de ces limitations.

La documentation doit inclure une lettre sur papier officiel à en-tête signée par le professionnel chargé de la certification spécialisée dans le diagnostic de cet handicap et fournissant une documentation à l'appui du diagnostic.

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

Code du diagnostic DSM-IV : _____ Diagnostic : _____

Conditions :

Limitation(s) fonctionnelle(s) : _____

Accommodation(s) recommandée(s) : _____

Justifications pour cette (ces) accommodation(s) : _____

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

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.

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

Demande d'accommodation spéciale pour passer les examens

Santé mentale et émotionnelle

À remplir par l'Examinateur en chef des examens

Quatre derniers chiffres du NSS ou NAS du candidat

Section 3C : Autres informations et documentation à l'appui

Cette section peut être remplie par le candidat ou par son diagnosticien professionnel ou représentant. Fournir toute information supplémentaire à prendre en considération lors de l'évaluation de cette demande d'accommodation.

Les Services du GEDTS (General Educational 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.

Section 4 : À remplir par l'Administrateur du GED

Cette section doit être remplie par l'Administrateur du GED après 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 :

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.

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) 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