



L'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD)

Accommodements – Handicap mental ou physique

Si vous avez un handicap pouvant exiger un aménagement des conditions de passation de l'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD), veuillez remplir la **Section A** de ce formulaire, puis envoyer ce formulaire à un professionnel de la santé reconnu qui vous connaît depuis assez longtemps et qui a participé au traitement de votre handicap.

Dans la **Section B**, le professionnel de la santé reconnu doit décrire les aménagements requis pour réduire l'effet discriminatoire des conditions de passation régulières ou de l'environnement habituel de l'examen, en donnant les raisons de cette recommandation. **Le professionnel de la santé reconnu doit directement envoyer le formulaire dûment rempli au BNCHD.**

SECTION A – RESEIGNEMENTS PERSONNELS			(Cette section doit être remplie par le/la candidat(e).)
Nom de famille	Prénom(s)		
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Courriel	Pays	

SECTION B	(Cette section doit être remplie par un/e professionnel(e) de la santé reconnu.)
1. Je connais ce/cette candidat(e) en ma qualité de (titre professionnel) : _____	
2. J'atteste que ce/cette candidat(e) a un handicap dont le diagnostic a été établi (y compris un diagnostic décrit dans le DSM) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Remarque : Si le handicap n'a pas été diagnostiqué par un professionnel de la santé reconnu qui est qualifié pour établir ce genre de diagnostic, il est possible que le/la candidat(e) n'obtienne pas les accommodements demandés. Par exemple, "l'anxiété devant les tests" n'est généralement pas considérée comme un handicap, à moins qu'elle ne soit liée à un trouble psychiatrique plus complexe.	
3. <input type="checkbox"/> J'ai établi le diagnostic reconnu. OU <input type="checkbox"/> Le diagnostic a été établi par un autre professionnel de la santé qualifié.	
4. L'ECNHD est un examen à choix multiples en linge sue 4 heures (2 heures pour la partie 1 / 5 min de pause / 2 heures pour la partie 2). Décrivez comment le handicap entrave la capacité du/de la candidat(e) de passer l'ECNHD dans des conditions de passation régulières ou dans l'environnement habituel. _____ _____ _____	
5. Je recommande les accommodements suivants. Soyez aussi spécifique que possible. Un lien doit être clairement établi entre le handicap du/de la candidat(e) et la façon dont les accommodements permet de réduire les difficultés associées à ce handicap : _____ _____ _____	

SECTION D - DÉCLARATION
Je confirme que les renseignements continues dans ce formulaire sont exacts.
Nom: _____ Téléphone: _____
Signature: _____
Numéro d'immatriculation/de permis: _____ Date: _____

Veuillez envoyer directement le formulaire dûment rempli a exam@ndhcb.ca et en transmettre une copie par courriel au candidat(e) a l'examen. Si vous utilisez un télécopieur, prière d'envoyer le formulaire au : 613-260-8511.