

Demande d'arrangements spéciaux pour les tests

Santé émotionnelle/mentale

Section 1 : À remplir par le/la candidat(e) au GED

Remplissez cette section entièrement et signez la déclaration pour la divulgation de renseignements. Il faut que toutes les sections soient complétées par le ou la professionnel(le) pertinent(e) avant que vous ne rendiez ce formulaire à l'Examineur principal de votre centre de tests local. L'Examineur principal examinera le formulaire et vous dira si l'on a besoin de plus amples renseignements.

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :	Âge :
		MM JJ AAAA	

Adresse :

Ville :	État/province/territoire	ZIP/code postal :

Téléphone :	
()	

Divulgation de renseignements

Je permets aux officiels d'école et à mes fournisseurs de soins de santé de divulguer mon dossier pédagogique et/ou mon dossier médical ou psychologique au Service de tests GED et à ses associés en liaison avec ma demande pour des arrangements spéciaux pour les tests.

X _____
Signature du/de la candidat(e) _____
Date

Section 2 : À remplir par l'Examineur principal du GED

Nom de l'Examineur principal :	N° d'identification du centre (10 chiffres)

Nom du centre :	N° de téléphone :	Télécopieur :
	()	()

Courriel :

J'ai examiné cette demande et je confirme qu'elle est complète.

X _____
Signature de l'Examineur principal du GED _____
Date

Section 3 : À remplir par le/la diagnosticien(ne) professionnel(le) ou par le défenseur

Cette section doit être remplie par le/la diagnosticien(ne) professionnel(le). Alternativement, un défenseur peut remplir cette section si le/la professionnel(le) n'est pas disponible ou si la documentation est actuellement fichée au district scolaire du/de la candidat(e). Un défenseur est quelqu'un autre que le/la diagnosticien(ne) professionnel(le) qui aide le ou la candidat(e) à faire une demande d'arrangements spéciaux pour les tests. Le rapport du/de la professionnel(le) doit indiquer la certification ou la licence. La documentation et les tests d'évaluation doivent inclure un diagnostic clair, et doivent fournir des renseignements sur les limitations fonctionnelles actuelles qui pourraient affecter la capacité de l'élève à passer les tests sous les conditions standard, pour que l'on puisse évaluer le bien-fondé des arrangements demandés. *La documentation sera considérée comme suffisamment actuelle si elle a été remplie durant les six derniers mois.* Cependant, on prendra en considération des documents plus anciens, s'il s'agit de tout ce que le demandeur peut fournir sans difficulté ou charge excessive.

Veuillez indiquer votre rôle : <input type="checkbox"/> diagnosticien(ne) professionnel(le) <input type="checkbox"/> défenseur	Nom du ou de la professionnel(le) qui fait le diagnostic (lettre moulées SVP)
---	---

Téléphone : ()		Date de l'évaluation : MM JJ AAAA 	
Licence ou certification :		Date d'expiration : MM JJ AAAA 	
État/province/territoire :	Numéro :	Spécialité :	
Nom du défenseur (lettre moulées SVP) :	Rapport avec le candidat/la candidate (lettre moulées SVP) :	Téléphone : ()	

X _____
Signature du/de la professionnel(le) qui fait le diagnostic, ou du défenseur

_____ Date

Section 3A : Déficience de santé émotionnelle ou mentale

À remplir par le/la diagnosticien(ne) professionnel(le) ou par le défenseur qui vous aide à remplir ce formulaire.

Si on fait une demande d'arrangements spéciaux pour une déficience de santé émotionnelle ou mentale, il faut clairement documenter le niveau actuel de déficience, les limitations fonctionnelles qui en résultent, ainsi que tout antécédent que l'on peut fournir. La documentation devrait également faire une recommandation spécifique pour les arrangements, en donnant des raisons à l'appui.

La documentation doit inclure une lettre sur en-tête officiel, signée par le/la professionnel(le) certifiant(e) spécialisé(e) dans le diagnostic de la déficience, et fournir de la documentation qui corrobore cette déficience.

On a joint à ce formulaire de la documentation qui corrobore cette déficience sur l'en-tête de lettre du/de la diagnosticien(ne) professionnel(le). (Obligatoire.)

Code du DSM-IV :	Diagnostic :
Arrangement(s) recommandé(s) :	Raisons pour le ou les arrangements :
Condition :	Limitations fonctionnelles :

Section 3B : Arrangements demandés

Veillez identifier les arrangements exigés par la déficience diagnostiquée.

Durée plus longue (soyez spécifique) 1-1,5 fois 2 fois autre _____

Audiocassette (avec tons) (exige une durée d'examen plus longue, généralement la double) 2 fois autre _____

Braille

Scribe

Calculatrice pour la 2^e partie

Salle privée

Pauses supervisées (indique la durée en minutes) durée de test ininterrompue : _____ minutes, durée de pause : _____ minutes

Autre : _____

Section 3C : Autres renseignements et documents à l'appui

Cette section peut être complétée par le/la candidat(e), par le/la professionnel(le) ou par le défenseur. Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire qu'il faudrait prendre en compte lorsque l'on examine cette demande.

Le Service de tests GED n'exerce aucune discrimination contre les candidat(e)s aux tests sur la base de toute caractéristique légalement protégée, y compris, mais pas limitée à, la race, la couleur, la religion, le genre, l'orientation sexuelle, la grossesse, l'état matrimonial, l'incapacité physique ou mentale, l'âge, le fait d'être vétéran, et l'origine nationale.

Section 4 : À remplir par le Responsable du GED

Le Responsable du GED devrait remplir cette section après avoir examiné la demande d'arrangements spéciaux afin de documenter sa décision.

Approuvé pour :

- Durée plus longue (soyez spécifique) 1-1,5 fois 2 fois autre _____
- Audiocassette (avec tons) (exige une durée d'examen plus longue, généralement la double) 2 fois autre _____
- Scribe
- Calculatrice pour la 2^e partie
- Salle privée
- Pauses supervisées (indique la durée en minutes)
durée de test ininterrompue : _____ minutes, durée de pause : _____ minutes
- Autre : _____

- Demande renvoyée pour plus de renseignements Date renvoyée _____ / _____ / _____

Raisons pour le renvoi de la demande

- Demande envoyée au Service de tests GED pour examination (voir raisons ci-dessous) : Date envoyée _____ / _____ / _____

Raisons pour l'envoi de la demande au Service de tests GED pour examination :

X

Signature du Responsable du GED

N° de téléphone

Date