

## Demande d'arrangements spéciaux pour les tests

### Incapacité physique/Problème de santé chronique

#### 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.

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

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

Veuillez vérifier que l'on a complété toutes les sections de ce formulaire. Notez les quatre derniers chiffres dans le coin en haut à droite de chaque page de ce formulaire. S'il manque des renseignements, cela retardera l'examen de la demande du candidat ou de la candidate. Signez et datez le formulaire avant de l'envoyer à votre Responsable de l'administration 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.

<b>X</b> _____	_____
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.

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 : Incapacité physique/Problème de santé chronique

Si on fait une demande d'arrangements spéciaux pour une incapacité physique ou un problème de santé chronique, il faut clairement documenter le niveau actuel de déficience, les limitations fonctionnelles qui en résultent, ainsi que tout antécédent que l'on peut fournir. Les preuves diagnostiques peuvent comprendre une histoire développementale qui définit le début des symptômes, ainsi que les résultats d'un test d'attention spécifique comme le TOVA Gordon Diagnostic Battery ou le CPT (Connors Continuous Performance Test).

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.

La documentation pour les candidats ayant une incapacité physique ou un problème de santé chronique devrait refléter les limitations fonctionnelles actuelles.

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.)

Condition :

Déficience visuelle (décrire) \_\_\_\_\_

Déficience auditive (décrire) \_\_\_\_\_

Déficience de mobilité (décrire) \_\_\_\_\_

Autre déficience (décrire) \_\_\_\_\_

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

Arrangement(s) recommandé(s) \_\_\_\_\_

Raisons pour le ou les arrangements \_\_\_\_\_

### Section 3B : Arrangements demandés

Veuillez 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<sup>e</sup> partie

Salle privée

Pauses supervisées (indique la durée en minutes)

durée de test ininterrompue : \_\_\_\_\_ minutes, durée de pause : \_\_\_\_\_ minutes

Autre : \_\_\_\_\_

