

Renseignements complémentaires pour le formulaire de demande d'accommodement



COLLEGE OF NURSES
OF ONTARIO
ORDRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

Comment remplir ce formulaire

Demandez à un professionnel de la santé (p. ex. médecin, psychologue) de remplir ces deux pages et de fournir tout renseignement supplémentaire pour attester que votre handicap/trouble/maladie nécessite le ou les accommodements demandés pour l'examen.

Demandez à votre professionnel de la santé de soumettre directement le formulaire rempli, accompagné de tout renseignement supplémentaire, à :

Admission, Inscription
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
101 Davenport Rd.
Toronto (Ontario), M5R 3P1
Courriel : enp@cnomail.org
Téléc. : 416 928-6507

Contactez-nous

Ordre des infirmières et
infirmiers de l'Ontario
101 Davenport Rd., Toronto (Ontario)
M5R 3P1
cno.org

Téléphone : 416 928-0900
Sans frais (Canada) : 1 800 387-5526
Téléc. : 416 928-6507

Collecte de renseignements personnels

Veuillez consulter la [Politique de protection des renseignements personnels](#) de l'OIO pour comprendre de quelle façon vos renseignements personnels seront utilisés.

À remplir par le professionnel de la santé

Je connais _____ depuis _____
Nom de la candidate ou du candidat Date (JJ/MM/AAAA)

en ma qualité de _____
titre du professionnel

Décrivez brièvement le handicap, le trouble ou la maladie, y compris la date à laquelle le handicap a été diagnostiqué ou identifié pour la première fois :

Si des médicaments (p. ex. insuline, pompes à insuline) sont requis pendant l'examen, décrivez tout effet secondaire qui pourrait influencer sur le rendement aux tests/examens :

Est-ce qu'il s'agit d'un handicap permanent? ☐ Oui ☐ Non
Est-ce qu'il s'agit d'un handicap temporaire? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, date de retour prévue à l'état pré-handicap : _____

Décrivez les accommodements antérieurs accordés pour le handicap, le trouble ou la maladie, y compris les accommodements fournis à la candidate ou au candidat en situation d'examen pendant son programme de soins infirmiers :

Expliquez pourquoi la candidate ou le candidat nécessite des accommodements particuliers :

- Je suis d'avis que la candidate ou le candidat devrait recevoir les accommodements suivants (cochez tout ce qui s'applique) :
- ☐ Salle distincte
 - ☐ Lecteur
 - ☐ Temps additionnel (préciser le temps requis) : _____
 - ☐ Autre : _____

Renseignements sur le professionnel de la santé

Nom (en caractères d'imprimerie)

Désignation professionnelle	Numéro d'inscription :
Adresse postale	
Adresse courriel	Numéro de téléphone
Signature	Tampon du professionnel de la santé
Date (JJ/MMM/AAAA)	