Demande de mesures d'adaptation à l'examen

Formulaire de demande de la personne se présentant à l'examen

L'information demandée ici et toute documentation sur votre invalidité ou incapacité et votre besoin de modification des conditions de l'examen d'autorisation seront traitées confidentiellement et ne seront pas communiquées à qui que ce soit sans votre autorisation écrite.

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Adresse courriel : _____ N° téléphone : _____

Langue de l'examen : _____

Nature de l'invalidité ou de l'incapacité : _____

MODIFICATIONS ET MESURES D'ADAPTATION DEMANDÉES PENDANT L'EXAMEN

(cochez toutes les mesures qui s'appliquent)

☐ Salle séparée

☐ Salle séparée et lecteur/lectrice

☐ Salle séparée et scribe

☐ Temps additionnel _____

☐ Contraste réglable

☐ Taille des caractères

☐ Autre (veuillez préciser) _____

Signature : _____ Date : _____

REMARQUE

Les modifications demandées doivent être approuvées par L'AIINB et le National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). Toutes les mesures d'adaptation ne sont pas disponibles dans tous les centres de test.

Nurses Association of New Brunswick
L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

165, rue Regent street, Fredericton N.-B., Canada E3B 7B4
tel. | tél. : (506) 458-8731 fax. | téléc. : (506) 459-2838 toll free | sans frais : 1 800 442-4417
email: nanb@nanb.nb.ca courriel : aiinb@aiinb.nb.ca