



Formulaire de demande de mesures d'adaptation pour l'ECRSF

Conformément à la Charte canadienne des droits et libertés et aux lois provinciales et territoriales sur les droits de la personne, les candidat(e)s peuvent demander des mesures d'adaptation pour l'Examen canadien de reconnaissance visant l'inscription des sages-femmes (ECRSF). Les mesures d'adaptation ne doivent pas nuire à l'évaluation des compétences. Ce formulaire doit être transmis à l'administrateur de l'ECRSF d'ici la date limite d'inscription à l'examen.

Renseignements personnels

Nom de la personne qui fait la demande : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

1. Description des motifs justifiant les mesures d'adaptations

Dans cette partie, nous vous demandons de préciser les motifs pour lesquels vous demandez que des mesures d'adaptation soient prises. Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent :

- ☐ Problème cognitif ou psychologique
- ☐ Problème physique ou médical
- ☐ Grossesse, postnatal ou besoins liés au nouveau-né
- ☐ Handicap ou restriction physique temporaire
- ☐ Pratique religieuse
- ☐ Situation familiale (p. ex., problèmes liés à la garde d'enfants)
- ☐ Autres :

Veuillez inscrire tout détail supplémentaire en lien avec les motifs sélectionnés. Nous vous prions de fournir assez de renseignements pour confirmer le type de mesures et la nécessité des mesures demandées. REMARQUE : L'ECRSF assure l'entière confidentialité de l'information sur les mesures d'adaptation et l'utilise uniquement aux fins de la demande.



2. Description des mesures d'adaptation demandées

Dans cette partie, veuillez décrire les mesures d'adaptation demandées. Veuillez fournir le plus de précisions possible. Par exemple, si vous devez manger pendant l'examen, précisez le type et la quantité d'aliments et l'heure à laquelle vous devrez vous arrêter pour manger.

3. Exigences relatives aux documents justificatifs

Veuillez joindre à ce formulaire les documents justificatifs (à partir de 6 mois pour des raisons médicales; 5 ans pour des raisons psychologiques/d'apprentissage) obtenus auprès d'un professionnel de la santé ou d'une autre personne pertinente. Votre nom doit figurer dans les documents. Il faut aussi fournir les coordonnées de la personne qui donne son opinion dans ces documents.

4. Consentement

En signant ci-dessous, je consens par la présente à ce que les renseignements fournis dans ce formulaire ou joints au formulaire ainsi que ceux contenus dans mon dossier soient divulgués ou transmis au personnel de l'ECRSF ou qu'ils soient examinés par le personnel de l'ECRSF qui doit obtenir l'information relative aux mesures demandées.

S'il y a lieu, je consens à ce que les documents justificatifs soient envoyés directement à l'administrateur de l'ECRSF par mon professionnel de la santé.

Ce consentement peut être annulé ou modifié par écrit en tout temps, sauf si des mesures ont déjà été prises par l'autorité chargée du consentement.

Signature de la personne qui postule : _____

Date : _____

Les renseignements reçus demeurent strictement confidentiels et sont utilisés uniquement à des fins d'évaluation de la demande de mesures d'adaptation.

Les décisions relatives à demande de mesures d'adaptation seront communiquées dès que possible avant la tenue de l'ECRSF, et les candidat(e)s ayant des mesures d'adaptation approuvées devront signer une lettre ou un courriel d'acceptation.

Envoyez ce formulaire et toute documentation à l'administrateur de l'ECRSF
(admin.cmre@cmrc-ccosf.ca)