



The Pharmacy Examining Board of Canada

Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada

Demande d'acommodement en vue d'un examen

Si vous êtes atteint(e) d'un trouble de santé (temporaire ou permanent), d'une invalidité physique ou autre, limitant une ou plusieurs de vos activités principales de la vie courante ou affecte votre capacité à suivre les procédures normales d'examen, vous devez remplir la présente demande de mesures spéciales et la présenter en même temps que votre demande d'admission. Toutes les demandes de dispositions spéciales sont sujettes à examen et à approbation par le BEPC. La confidentialité est strictement respectée.

Section 1 : Identification

Nom de famille : Prénom(s) et second prénom(s) :

N° identif. BEPC (si connu) : Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Section 2 : Examen(s) visé(s) par la demande

Cochez le ou les examens auxquels vous voulez être admis(e) et pour lesquels vous demandez des dispositions spéciales.

Pharmacien:

- Examen d'évaluation
- Examen d'aptitude, partie I (QCM)
- Examen d'aptitude, partie II (ECOS)

Technicien en pharmacie:

- Examen d'aptitude, partie I (QCM)
- Examen d'aptitude, partie II (EPOS)

Indiquez le mois et l'année de la séance d'examen: ____ / ____
mm aaaa

Envoyez le formulaire, ainsi que toute pièce justificative, au coordonnateur de l'administration des examens du BEPC par :

courriel : kkempe@pebc.ca

Indiquez votre n° d'identité BEPC (si vous le connaissez) sur la ligne *Objet* et protégez vos documents par un mot de passe qui est le code postal, dans le format **a1b2c3**, que nous avons en dossier à votre nom.

fax : 416.260.5013

a/s du Coordonnateur de l'administration des examens

courrier postal : Coordonnateur de l'administration des examens
Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC)
717 Church Street
Toronto, ON M4W 2M4



The Pharmacy Examining Board of Canada

Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada

Section 3 : Mesure(s) demandée(s)

Indiquez la ou les mesures demandées pour chaque examen.

Matériel ou accessoires fonctionnels, etc. (requis en raison du trouble physique/de santé) :

Décrivez le matériel ou les accessoires fonctionnels requis (p. ex., accès au centre d'examen en fauteuil roulant, ajustement de la hauteur des tables, prothèse auditive/implant cochléaire, etc.) :

Examen d'évaluation/Examen d'aptitude, partie I (QCM)

- PAUSE (temps d'arrêt) supplémentaire AJOUT de temps pour passer l'examen
 Local séparé Durée demandée : _____

Autres requêtes :

Examen d'aptitude, partie II (OSCE/OSPE)

- AJOUT de temps pour passer l'examen

Durée demandée : _____

Le temps supplémentaire requis pour (cocher toutes les simulations visées) :

- Simulations interactives Simulations non interactives

Autres requêtes :



The Pharmacy Examining Board of Canada

Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada

Section 4 : Limitation(s) fonctionnelle(s) et justification des mesures spéciales

Décrivez de quelle façon votre incapacité physique ou autre affecte votre fonctionnement quotidien (c.-à-d., votre vie quotidienne et vos activités professionnelles). Précisez pourquoi chacune des mesures demandées ci-dessus est nécessaire pour alléger les effets de la ou des limitations fonctionnelles décrites.

Section 5 : Historique de mesures spéciales déjà obtenues

Énumérez tous les examens pour lesquels on vous a déjà accordé des dispositions spéciales; votre liste doit être accompagnée de **pièces justificatives**. Faute de tels documents, veuillez fournir une explication :



The Pharmacy Examining Board of Canada

Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada

Section 6 : Pièces justificatives requises

Le présent formulaire doit être accompagné de pièces justificatives pertinentes, afin que le BEPC s'assure de vos limitations fonctionnelles actuelles. Il vous incombe de fournir des documents acceptables. Les pièces justificatives sont:

Une lettre officielle originale, **récente***, sur papier en-tête d'un professionnel qualifié et contenant:

- votre ou vos limitations fonctionnelles actuelles
- l'historique, le cadre temporel et l'évaluation de votre fonctionnement actuel
- l'effet de votre ou de vos limitations fonctionnelles actuelles sur vos activités quotidiennes
- des recommandations **précises** de mesures spéciales et leur justification
- les nom, adresse, numéro de téléphone et titres de l'expert professionnel

***Récente**, c.-à-d., lettre rédigée au cours des six derniers mois, dans le cas de déficiences psychiques, et au cours des trois dernières années, dans le cas de troubles d'apprentissage, de trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et de toute autre incapacité (REMARQUE : la présente exigence ne s'applique pas aux incapacités physiques ou sensorielles de nature permanente ou immuable).

Le cas échéant, une lettre officielle, récente, sur papier en-tête provenant d'un établissement d'enseignement ou d'un autre organisme d'évaluation, décrivant en détail les dispositions spéciales déjà accordées.

Remarque : Le BEPC pourrait exiger une évaluation indépendante, médicale ou autre, des incapacités du candidat et de ses besoins lors de l'examen.



The Pharmacy Examining Board of Canada

Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada

Section 7 : Attestation et autorisation

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

Je reconnais et accepte ce qui suit :

- le présent formulaire et toute pièce justificative doivent parvenir au BEPC avant la date limite des demandes d'admission;
- la confidentialité de toute information, relative à la présente demande de mesures spéciales et fournie au BEPC, sera respectée;
- le BEPC examinera individuellement chaque mesure demandée et offrira des dispositions adaptées raisonnables, s'il le juge approprié;
- **AUCUN** changement ne sera apporté à la date de l'examen, à son contenu, ni aux règles et politiques du BEPC;
- je devrai, avant la date de l'examen, signer une reconnaissance de l'entente conclue avec le BEPC quant aux dispositions offertes.
- le BEPC se réserve le droit de **déterminer le ou les centres susceptibles d'offrir les mesures spéciales**, car elles ne sont pas accessibles dans tous les centres; on pourrait me demander d'accepter de passer l'examen à un autre centre que celui ou ceux que j'ai choisis;
- je serai lié(e) par les conditions de l'entente, car certaines mesures spéciales peuvent avoir des répercussions considérables en termes de coûts et autres ressources.

J'autorise :

- le BEPC à communiquer avec les professionnels et personnes juridiques, fournissant des documents à l'appui de ma présente demande de mesures spéciales, afin d'obtenir des renseignements supplémentaires. Je peux annuler la présente autorisation en tout temps, par écrit, auprès du secrétaire adjoint du BEPC.
- les professionnels et personnes juridiques à fournir au BEPC tous les renseignements qu'il juge requis.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date (jj/mm/aaaa)