

## DEMANDE D'ACCOMMODEMENTS CPA

## **FORMULAIRE 2 : PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

DEMANDEUR : Veuillez faire remplir le présent formulaire par un professionnel détenant les titres de compétences nécessaires pour diagnostiquer et traiter un handicap comme le vôtre et recommander des accommodements. Ce professionnel doit avoir diagnostiqué et traité votre handicap ou avoir entretenu une relation professionnelle avec vous au cours des cinq dernières années, ou doit être en mesure de confirmer le diagnostic du handicap pour lequel vous demandez un accommodement. Veuillez ajouter des pages ou des informations supplémentaires si nécessaire et signer le présent formulaire, qui autorise le professionnel compétent à transmettre vos informations. Le présent formulaire dûment rempli doit être ajouté à votre dossier de demande d'accommodements.

Tous les documents doivent être lisibles et signés. Pour savoir où et comment envoyer vos formulaires dûment remplis, veuillez envoyer un COURRIEL à l'organisation compétente de votre province ou région :

École de gestion CPA Atlantique : cpaaccommodations@cpaatlantic.ca

CPA Ontario: cpaaccommodations@cpaontario.ca CPA Québec: accommodements@cpaquebec.ca

École de gestion CPA de l'Ouest : cpaaccommodations@cpawsb.ca CPA Canada - International : internationalinquiries@cpacanada.ca

Si vous préférez envoyer votre demande par la poste, communiquez avec l'organisation compétente de votre province ou région.

PROFESSIONNEL QUALIFIÉ OU AUTORISÉ: Votre opinion de même que votre description de la nature et de l'ampleur des limitations fonctionnelles causées par le handicap du demandeur sont essentielles à la détermination des accommodements qui pourraient être accordés au demandeur. Pour le Groupe consultatif national sur les accommodements, il est en effet impératif de connaître les limitations fonctionnelles du demandeur qui nuisent à son accès juste et équitable à l'examen.

Les accommodements pouvant être accordés pour un examen ne visent pas à assurer un résultat en particulier (p. ex. : terminer ou réussir l'examen, obtenir un meilleur résultat, ou atteindre son plein potentiel). Vous devez prouver que vous avez besoin de l'accommodement demandé pour faire l'examen, et non pour obtenir un meilleur résultat.

Il est possible que des établissements postsecondaires offrent ou aient déjà offert des services de soutien qui allaient au-delà de l'accessibilité à l'examen afin d'aider un demandeur à atteindre son plein potentiel ou pour réussir. Toutefois, à titre d'organisme d'attribution du droit d'exercice, nous avons l'obligation d'assurer un accès juste et équitable aux examens, de protéger l'intérêt du public et de nous assurer que la profession comptable s'exerce conformément à des principes de sécurité et d'éthique.

| 1 Renseign | ements sur le demandeur |                |   |  |
|------------|-------------------------|----------------|---|--|
| Demandeur  |                         |                | Numéro de candidat/membre   |  |
|            | Prénom                  | Nom de famille | Membres du Québec : veuillez utiliser<br>votre numéro de CPA Canada |  |

| 2 Renseignements sur   | le professionnel d | qualifié            | ou autorisé  |                     |       |
|--|--------------------|---------------------|--|---------------------|-------|
| Nom  |                    | Ordre professionnel |  |                     |       |
| Titre de civilité  | Prénom             | Nom de famille      |  | Titre professionnel |       |
|  |                    |                     |  | N° de perr          | mis : |
| Adresse  |                    |                     | Téléphone le jour (veuillez indiquer l'indicatif régional) |                     |       |
| Ville  | Province           |                     | Code postal  |                     | Pays  |
| Veuillez décrire vos titres de compétences et la relation professionnelle que vous entretenez avec le demandeur, lesquels vous habilitent à recommander des aménagements spéciaux pour un examen : |                    |                     |  |                     |       |

| 3 Handicap et traitement  |   |     |     |  |  |
|---|---|-----|-----|--|--|
| 1. Diagnostic (facultatif) :  |   |     |     |  |  |
| Avez-vous diagnostiqué ce probl                                       | Oui   | Non |     |  |  |
| Si vous n'avez pas diagnostiqué (<br>(Ne pas répondre si vous avez ré | Oui   | Non |     |  |  |
|   | Un ou plusieurs examens médicaux déterminés | Oui | Non |  |  |
| Avez-vous posé ou confirmé<br>ce diagnostic à l'aide de ce            | Observation médicale                        | Oui | Non |  |  |
| qui suit? (Cochez toutes les réponses applicables.)                   | Autoévaluations                             | Oui | Non |  |  |
|   | Autre(s) méthode(s). Veuillez préciser :    |     |     |  |  |

| 3  | Handicap et traitement  |
|----|---|
| 2. | Description du handicap :   |
| 3. | Date du dernier traitement ou de la dernière consultation :   |
| 4. | Depuis quand traitez-vous le demandeur?   |
| 5. | Veuillez expliquer l'incidence du handicap sur la capacité du demandeur à faire un examen dans des conditions normales. (Veuillez décrire les limitations fonctionnelles liées au problème médical du demandeur et expliquer leur incidence sur la capacité du demandeur à faire des examens menant à l'obtention d'un permis d'exercice dans des conditions normales. Veuillez noter que les symptômes d'un trouble ou des affirmations générales concernant le manque de mémoire, l'agoraphobie ou la lenteur du traitement cognitif ne sont pas des preuves de limitations fonctionnelles.)  |
| 6. | Le cas échéant, veuillez énumérer les médicaments prescrits au demandeur qui pourraient avoir une incidence sur sa capacité à faire l'examen, et décrire les effets secondaires attendus des médicaments.   |
| 7. | Si le demandeur souffre d'un trouble d'apprentissage, ou encore d'une incapacité psychologique, psychique ou comportementale, veuillez dresser la liste des évaluations réalisées pour établir et confirmer le diagnostic (tests psychologiques ou de connaissances standardisés, par exemple). Veuillez joindre au présent formulaire une copie des résultats des tests et évaluations ou des rapports sur les tests psychologiques ou de connaissances. Ces résultats objectifs et mesurables serviront à déterminer l'incidence du problème médical du demandeur sur sa capacité à faire l'examen. Seuls les résultats de tests qui indiquent une incapacité selon les critères du DSM-5 seront considérés dans l'étude du dossier du demandeur. |

| 3                   | Handicap e  | et traiteme   | nt  |  |  |                          |
|---------------------|---|---|---|--|--|--------------------------|
| 8.                  |   | Selon votre connaissance du handicap du demandeur, lesquels des aménagements spéciaux suivants recommandez-vous?<br>(Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.) |   |  |  |                          |
| Am                  | nénagements spéc  | ciaux recomma   | ndés  |  |  |                          |
|                     | Temps supplém   |   | minutes,  | Temps de pa  | ause supplémentaire** :  | minutes,                 |
|                     |   | ·   | xamen de 4 heures   |  | par exame  | en de 4 heures           |
|                     | Local avec moir   | is de sources d   | le distraction*** et surveillant                                      | Ascenseur  |  |                          |
|                     | Accès pour faut   | ccès pour fauteuil roulant  |   | Interprète gestuel   |  |                          |
|                     | le à la<br>ture   | Lecteur   | ecteur  |  | Version papier avec grande p<br>de caractères ( p  | oolice<br>ot)            |
|                     |   | Logiciel (veuillez préciser)  |   |  | Version électronique   |                          |
|                     | Autre (veuillez préciser) :   |   | Aide à<br>l'écriture  | Transcripteur  | Transcripteur  |                          |
|                     |   |   |   |  | Logiciel (veuillez préciser)   |                          |
| **                  | IMPORTANT: Si vous recommandez un délai supplémentaire pour faire l'examen menant à l'obtention d'un permis d'exercice en raison d'un problème cognitif (p. ex., trouble d'apprentissage, TDHA, etc.), le demandeur doit fournir une copie du plus récent rapport d'évaluation psychologique ou des connaissances pour justifier votre recommandation. Un rapport d'évaluation psychologique ou des connaissances est requis pour qu'on puisse savoir quels sont les problèmes qui ont une incidence sur le développement et le fonctionnement du demandeur, leur gravité et leur traitement actuel. Le rapport doit :  • expliquer l'incidence du handicap sur le demandeur;  • expliquer comment les limitations fonctionnelles du demandeur sont causées par l'incapacité diagnostiquée;  • fournir des données mesurables et objectives qui confirment le lien entre le problème médical et le délai supplémentaire suggéré.  **Le demandeur ne peut pas se servir des pauses qui lui sont accordées pour faire l'examen.  **Un local avec moins de sources de distraction n'est pas nécessairement destiné à une seule personne. |   |   |  |  |                          |
| le d<br>d'ir<br>sor | demandeur est ca<br>mportance des tâc<br>nt essentielles à la   | pable de bien (<br>ches à réaliser<br>réussite d'un (   | gérer son temps et de prendre d<br>à l'égard des questions les plus i | es décisions lorsqu'il<br>mportantes et pertin<br>'épreuve qu'au moyel | En effet, la profession de CPA s'ass<br>détermine le travail à faire et étab<br>entes d'une étude de cas. Ces com<br>n de contraintes de temps. À la lun<br>e accordés : | lit l'ordre<br>npétences |
| Boı<br>éva          | n nombre des exa  | mens prévus c<br>lu candidat à g  | ans le processus d'admission à<br>érer son temps. Il n'est donc pa    | la profession de CPA   | nature et le niveau des compéter<br>A comportent des contraintes de t<br>deur bénéficie de <u>moins de temps</u>   | emps visant à            |
|                     |   |   |   |  | cument joint à la présente sont, à r<br>re n'avoir aucun lien avec le demar  |                          |
| (Sig                | gnature)  |   |   | (Date)   |  |                          |
| j'au                | ıtorise le professio  | onnel susmenti  | nénagements spéciaux à l'organi<br>onné à transmettre les renseigne   |  | nale ou provinciale responsable de<br>e présent formulaire.  | la formation,            |
| (Sid                | anature du deman  | deur)   |   | (Date)   |  |                          |

Pour obtenir plus d'information, cliquez ici.

Les organisations CPA régionales et provinciales responsables de la formation (CPA Canada, CPA Ontario, CPA Québec, l'École de gestion CPA Atlantique, l'École de gestion CPA de l'Ouest et CPA Canada – International) s'engagent à respecter la confidentialité de vos renseignements personnels et à les protéger. Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et transmis conformément à la législation fédérale et provinciale applicable et aux politiques et directives sur la gestion, la consultation et l'utilisation des données de l'organisation CPA compétente de votre région ou province. Ces renseignements seront uniquement transmis aux membres du Groupe sur les aménagements spéciaux CPA à des fins d'évaluation de l'admissibilité du candidat à des aménagements spéciaux. Les questions sur la collecte et l'utilisation des renseignements personnels doivent être adressées à l'organisation compétente de vote province ou région.

École de gestion CPA Atlantique : Aménagements (cpaaccommodations@cpaatlantic.ca)

CPA Ontario : Aménagements (cpaaccommodations@cpaontario.ca)

CPA Québec : Équipe des examens (accommodements@cpaquebec.ca)

École de gestion CPA de l'Ouest : Responsable de la protection des renseignements personnels

(privacy@cpawsb.ca)

CPA Canada - International: Demandes d'information (internationalinquiries@cpacanada.ca)