

**Ce formulaire s'adresse aux personnes handicapées<sup>1</sup> qui souhaitent bénéficier d'une mesure d'adaptation pour faire leurs examens de qualification professionnelle.**

**Vous devez fournir ce formulaire en même temps que le formulaire de demande ou de modification de licence et faire remplir l'annexe de ce formulaire par une autorité professionnelle pertinente (médecin, ergothérapeute, psychologue, orthopédiste, etc.) et joindre un certificat médical attestant de votre condition.**

## 1. Identification du client et demande de mesures d'adaptation (à remplir par le demandeur)

Nom du demandeur :		Prénom du demandeur :	
Date de naissance (aaaa-mm-jj) :			
Numéro de licence ou de dossier :			
Numéro d'immeuble :		Rue :	
Municipalité :			Code postal :
Téléphone :			

Êtes-vous inscrit à un service spécialisé de main-d'œuvre ou à un centre de réadaptation pour les personnes handicapées?  Oui  Non

**Si vous avez coché oui**, répondez aux questions suivantes :

Nom de l'organisme :	Téléphone :
Nom de la personne intervenante :	

## 2. Adaptations demandées (à remplir par le demandeur)

### 2.1 Description de votre situation

Pour que nous puissions bien connaître vos besoins en matière d'adaptation aux examens, veuillez cocher la case ou les cases qui décrivent votre situation.

#### Lecture

Je peux lire des imprimés standards :  normalement  beaucoup plus lentement

J'ai de la difficulté à lire des imprimés standards, alors j'utilise comme mode de compensation :

<input type="checkbox"/> des caractères agrandis	<input type="checkbox"/> une loupe	<input type="checkbox"/> une télévisionneuse
<input type="checkbox"/> un logiciel de grossissement	<input type="checkbox"/> un logiciel spécialisé	<input type="checkbox"/> le braille abrégé
<input type="checkbox"/> le soutien d'une personne	<input type="checkbox"/> un preneur de notes électronique	<input type="checkbox"/> une planche tactile

autres : \_\_\_\_\_

#### Écriture

Je peux noircir des cases :  oui  non

1. Une personne handicapée, telle qu'elle est définie dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, c. E-20.1) est « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

## Motricité

J'ai de la difficulté à me déplacer et j'utilise :

des béquilles      un fauteuil roulant      un chien-guide      autres : \_\_\_\_\_

J'ai de la difficulté à demeurer assis pendant de longues périodes et, pour compenser, j'ai besoin :

d'une pause      d'un fauteuil spécial      autres : \_\_\_\_\_

## Concentration

J'ai de la difficulté à me concentrer, alors j'ai besoin :

d'une pause      d'une atmosphère calme      autres : \_\_\_\_\_

## Audition

J'entends, mais j'ai de la difficulté à percevoir des sons      Particulièrement quand je suis en groupe

## 2.2 Difficultés éprouvées

Expliquer les raisons pour lesquelles vous pensez avoir des difficultés à passer les examens écrits selon le protocole habituel.

## 2.3 Déclaration du demandeur

Je reconnais que ces renseignements sont exacts et décrivent ma condition actuelle.

Signature :	Date (aaaa-mm-jj):
-------------	--------------------

## 2.4 Consentement du demandeur

Les renseignements fournis à la section 2 de ce formulaire sont considérés comme confidentiels. J'autorise l'autorité professionnelle pertinente à divulguer ces renseignements à la Régie du bâtiment du Québec, uniquement aux fins de m'aider dans l'obtention de mesures d'adaptation spécifiques à ma situation.

Signature :	Date (aaaa-mm-jj):
-------------	--------------------

### Envoi du formulaire

Vous devez transmettre ce formulaire **en même temps que le formulaire de demande ou de modification de licence** par courrier à l'adresse suivante :

Service à la clientèle  
Régie du bâtiment du Québec  
255, boulevard Crémazie Est, local 040  
Montréal (Québec) H2M 1L5

**Veillez joindre un certificat médical attestant votre condition.**

## CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS

Les renseignements contenus dans ce document sont considérés comme confidentiels et sont protégés par la *Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils ne peuvent être divulgués sans votre consentement.

## Annexe – Identification des limitations et des mesures à prévoir (à remplir par une autorité professionnelle)

Veillez remplir cette annexe afin de nous permettre de vérifier l'appartenance de votre patient au groupe des personnes handicapées. Prenez soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier. Veuillez également joindre un certificat médical attestant de la condition de votre patient.

### La déficience

Cochez la case décrivant la situation de votre patient et précisez la nature de sa déficience dans la case à cet effet.

    Motrice      Visuelle      Auditive      Psychique      Parole et langagière      Lecture      Autres

Précisez la nature de la déficience : \_\_\_\_\_

### Les limitations

Cochez la ou les cases décrivant les limitations de votre patient, et répondez aux questions correspondantes s'il y a lieu.

    Écrire                  Parler/Communiquer                  Se déplacer (mobilité)                  Lire des imprimés                  Résister au stress  
    Rester assis                  Se concentrer                  Contrôler ses émotions                  Manipuler des objets                  Mémoriser  
    Être avec d'autres personnes                  Comprendre un message écrit

Entendre

Oreille droite : \_\_\_\_\_ décibels      Oreille gauche : \_\_\_\_\_ décibels

Voir

Acuité visuelle (après correction) : \_\_\_\_\_      Champ visuel (après correction) : \_\_\_\_\_

Autres limitations, précisez : \_\_\_\_\_

### Les aides en place

Précisez les aides techniques (orthèse, prothèse, autres appareils) ou tout autre moyen palliatif (interprète, soutien psychologique, médicaments, etc.) utilisés régulièrement par votre patient.

--

Votre patient a-t-il déjà rempli un « plan de services » afin de diminuer les obstacles liés à son intégration sociale, scolaire ou professionnelle?      Oui      Non

### Déclaration

Je reconnais que ces renseignements sont exacts et décrivent la condition actuelle de mon patient.

Nom :	Prénom :
Téléphone au travail :	Numéro d'ordre professionnel :
Établissement :	Fonction :
Date (aaaa-mm-jj) :	Signature :

**VEUILLEZ JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT DE LA CONDITION DE VOTRE PATIENT.**

### Réservé à l'administration de la Régie du bâtiment du Québec

Demande recevable :      Oui      Non      Décision :

Signature : \_\_\_\_\_      Date (aaaa-mm-jj): \_\_\_\_\_