



Renseignements sur le candidat :

Date :	
Nom :	N° membre du CMFC :
Courriel :	Téléphone :
Avez-vous indiqué sur la demande d'inscription à l'examen que vous aviez besoin d'accommodements pour l'examen? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Renseignements sur l'examen :

- Examen de certification en médecine familiale (CCMF) écrit oral
 Examen de compétence additionnelle en médecine d'urgence (CCMF (MU)) écrit oral

Renseignement sur les accommodements :

Type d'accommodement
<input type="checkbox"/> PAUSE supplémentaire – veuillez préciser combien de minutes :
<input type="checkbox"/> SALLE D'EXAMEN PRIVÉE <input type="checkbox"/> SALLE DE PAUSE PRIVÉE <input type="checkbox"/> PRISE ÉLECTRIQUE
<input type="checkbox"/> ÉQUIPEMENT, NOURRITURE OU MÉDICAMENTS – veuillez préciser : (c.-à-d., accès pour fauteuils roulants, espace de travail ergonomique, glucomètre)
<input type="checkbox"/> ACCOMMODEMENT RELIGIEUX – indiquez quels jours vous ne pouvez pas vous présenter à l'examen :
<input type="checkbox"/> TEMPS D'EXAMEN supplémentaire – veuillez préciser : <input type="checkbox"/> 25 % <input type="checkbox"/> 33 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 100 % Besoin de temps supplémentaire pour : <input type="checkbox"/> écrire <input type="checkbox"/> lire les instructions <input type="checkbox"/> consultations avec les patients
<input type="checkbox"/> AUTRE accommodement non indiqué ci-dessus – veuillez préciser :
Raison de l'accommodement :
Autres détails importants :
Documents justificatifs :
Accommodements qui NE nécessitent PAS de temps d'examen supplémentaire et/ou un espace privé : <input type="checkbox"/> Une lettre originale, sur papier à en-tête, signée par un médecin de famille titulaire d'un permis d'exercice complet ou par un prestataire de soins de santé autorisé, indiquant les accommodements requis et confirmant leur nécessité. La lettre ne doit pas provenir d'un membre de la famille ou d'un conjoint.
Accommodements qui NECESSITENT du temps d'examen supplémentaire et/ou un espace privé : <input type="checkbox"/> Une lettre originale, sur papier à en-tête, signée par un médecin praticien titulaire d'un permis d'exercice complet, par un psychologue clinicien ou par un autre prestataire de soins de santé autorisé, identifiant et confirmant tous les détails indiqués dans la Politique du CMFC sur les accommodements pour les examens . <input type="checkbox"/> Les coordonnées à jour de chaque expert professionnel fournissant des documents justificatifs. <input type="checkbox"/> Une copie des accommodements accordés précédemment pour des examens par une université ou un autre programme d'éducation médicale (le cas échéant).
Accommodement pour l'allaitement : <input type="checkbox"/> Une attestation personnelle séparée et signée OU une lettre signée sur papier à en-tête d'un professionnel de la santé personnel, comme un médecin de famille, une consultante en allaitement ou une doula, confirmant que la candidate allaitera au moment de l'examen.

Certification et autorisation :

Je certifie, par la présente, que les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. J'autorise le CMFC à communiquer avec les organisations ou les professionnels qui ont fourni des documents

pour appuyer ma demande afin de solliciter des renseignements supplémentaires ou des précisions sur les accommodements demandés.

Signature : _____

Date : _____

Soumettre ce formulaire et les documents justificatifs à : ccfpexam@cfpc.ca
2630, avenue Skymark, Mississauga (ON) L4W 5A4