



**Entertainment Technician  
Certification Program**

## **Demande d'arrangements particuliers – Formulaire du fournisseur de soins de santé**

Remplir ce formulaire seulement si vous devez demander des arrangements particuliers, en raison d'une incapacité, en vue de passer un examen.

Bien vouloir soumettre ce formulaire et toute pièce jointe directement à :

**ETCP, 630 Ninth Avenue, Suite 609, New York, NY 10036, USA. Tél. :  
212 244-1505; Téléc. : 212 244-1502; courriel : etcp@esta.org**

Je soussigné \_\_\_\_\_ (nom en caractères d'imprimerie), par les présentes, autorise le fournisseur de soins de santé nommé ci-après à fournir les renseignements demandés par l'ETCP relativement à mon incapacité, afin d'obtenir les arrangements nécessaires pour me permettre de passer l'examen de l'ETCP.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---

Le candidat (ou patient) identifié ci-dessus demande des arrangements pour pouvoir passer l'examen de l'Entertainment Technician Certification Program (ETCP). La politique d'accommodement de l'ETCP exige des candidats qui requièrent des arrangements particuliers qu'ils soumettent des documents à jour sur leur incapacité, lesquels doivent être préparés par une personne qualifiée pour évaluer l'incapacité en question. Le candidat demande donc que vous fournissiez cette documentation; le professionnel devra soumettre son évaluation sur son papier à en-tête.

Son évaluation doit comprendre la description de l'incapacité du candidat, de même que celle des arrangements nécessaires. La documentation doit expliquer le type et le degré d'incapacité du candidat et en quoi les accommodements proposés conviennent à l'incapacité.

La documentation doit inclure les renseignements suivants : i) la date (mois, jour et année) de la première consultation du candidat ou patient; ii) la date de la dernière visite de ce patient; iii) le diagnostic de l'incapacité du candidat ou patient; iv) le nom des tests effectués; v) la durée de l'état du patient.

Le fournisseur de soins de santé doit signer la déclaration ci-après et l'inclure dans l'envoi de son évaluation.

### **DÉCLARATION DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État ou province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. pers. : \_\_\_\_\_ Permis d'exercice gouvernemental: \_\_\_\_\_

Si vous ne détenez pas un tel permis, veuillez indiquer à quel titre vous êtes autorisé à diagnostiquer l'incapacité :