



À L'EXAMEN DES NORMES D'ÉDUCATION DU TICO

Veuillez en outre joindre toute documentation existante indiquant qu'on a déjà pris les memes dispositions ou des dispositions semblables dans une autre situation d'examen.

(NOM DU CANDIDAT OU DE LA CANDIDATE)

(DATE)

(TITRE DU PROFESSIONNEL)

(Description de l'invalidité)

☐ TEMPS ADDITIONNEL (PRÉCISER LE TEMPS NÉCESSAIRE) _____

TITRE :

SIGNATURE: _____ DATE: _____

--

Veuillez envoyer le formulaire rempli et signé à: support@oliverssolutions.com