



## Formulaire de demande d'admission pour les examens de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD), administrés en 2019

<b># de Demande:</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> - <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> - <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup>	<b>Dates de l'examen (Dates limites de l'inscription):</b> <input type="checkbox"/> 21-22 janvier 2019 (22 novembre 2018) <input type="checkbox"/> 21-22 mai 2019 (21 mars 2019) <input type="checkbox"/> 23-24 septembre 2019 (24 juillet 2019)
---	---

Écrire lisiblement en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**. Consultez le **Guide d'admission**: [www.ndhcbfr.ca/inscription-a-l'examen](http://www.ndhcbfr.ca/inscription-a-l'examen) pour les détails. Les formulaires ou les paiements incomplets entraîneront des retards et/ou l'inadmissibilité à l'examen.

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS:** Veuillez indiquer l'adresse où **vous voulez que vos résultats soient postés** (Utilisez les lettres majuscules et minuscules lorsqu'applicables - ex : L'Heureux)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

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

Ville/Province/ Code postal: \_\_\_\_\_

Tél. Princ.: \_\_\_\_\_ Autre tél.: \_\_\_\_\_

Date de naissance (A/M/J): \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait une demande sous un nom différent? ☐ non ☐ oui, Le(s)quel(s): \_\_\_\_\_

Langue de communication des résultats et du certificat: ☐ Anglais ☐ Français

### FORMATION EN HYGIÈNE DENTAIRE:

Établissement: \_\_\_\_\_

Ville/Province/Pays: \_\_\_\_\_ Mois/Année (formation complétée): \_\_\_\_\_

**ADMINISTRATION DE L'EXAMEN:** (Voir [www.ndhcbfr.ca/inscription-a-l'examen](http://www.ndhcbfr.ca/inscription-a-l'examen) pour la liste des centres d'examen)

Choix du centre d'examen: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'accommodements spéciaux ? ☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, veuillez télécharger et remplir les formulaires de demande pour accommodements spéciaux à l'examen de certification au [www.ndhcbfr.ca/demande-accommodements](http://www.ndhcbfr.ca/demande-accommodements) et les joindre (ainsi que les pièces justificatives) à votre demande d'admission.

**Paiement des frais:** Un paiement incorrect retardera le traitement de la demande et entraîner le report de votre admission à une date ultérieure.

**Mode de paiement:** Carte de crédit (Visa ou Mastercard seulement), carte de débit VISA, chèque visé ou mandat en **devises canadiennes** (à l'ordre du Bureau national de la certification en hygiène dentaire)

- ☐ **Aucun frais** – Transfert autorisé d'une demande de report d'examen antérieure
- ☐ **685\$ + taxe applicable** (pour ceux inscrits en AB, CB, SK, MB, QC ajouter **34,25\$** de TPS; en ON ajouter **89,05\$** de TVH; en NE & NB ajouter **102,75\$** de TVH) de frais d'examen pour une première inscription (comprenant des frais d'admission non remboursables de 100\$ (+ taxe)).
- ☐ **585\$ + taxe applicable** (pour ceux inscrits en AB, CB, SK, MB, QC ajouter **29,25\$** de TPS; en ON ajouter **76,05\$** de TVH; en NE & NB ajouter **87,75\$** de TVH) de frais de reprise comprenant des frais d'admission non remboursables de 100\$ (+ taxe).

No de carte de crédit : \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom du **titulaire** de la carte: \_\_\_\_\_ Signature du **titulaire**: \_\_\_\_\_

### À L'USAGE INTERNE SEULEMENT:

**Demande reçue:** \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Demande d'admission remplie   | <input type="checkbox"/> Étudiant(e) : Attestation de recommandation remplie  |
| <input type="checkbox"/> Paiement des frais appropriés | <input type="checkbox"/> Diplômé(e) : Copie notariée du diplôme/certificat & <input type="checkbox"/> Relevé de notes |
| <input type="checkbox"/> Photo - format passeport      | <input type="checkbox"/> Demande d'accommodements spéciaux  |
| <input type="checkbox"/> # d'autorisation : _____      | <input type="checkbox"/> # de facture : _____   |

<b>DOCUMENTS REQUIS:</b> (L'absence de documents retardera le traitement de votre demande et risquera de la reporter à une date ultérieure)		
Demande en tant que : <b>DIPLÔMÉ(E)</b> <input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'admission dûment rempli <input type="checkbox"/> Une photo, format passeport <input type="checkbox"/> Original ou photocopie notariée (par un notaire public ou un commissaire à l'assermentation) de votre diplôme/certificat en hygiène dentaire (sauf si déjà soumis précédemment) <input type="checkbox"/> Relevé officiel des notes (sauf si déjà soumis précédemment) envoyé directement par l'établissement de formation en hygiène dentaire où vous avez fait vos études		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> <p><b>POUR FIN D'IDENTIFICATION VEUILLEZ JOINDRE UNE PHOTO DE FORMAT PASSEPORT PRISE AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS</b></p> <p><b>(S.v.p. n'utilisez qu'un morceau de ruban gommé transparent pour fixer la photo)</b></p> </div>
Demande en tant que: <b>ÉTUDIANT(E)</b> <input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'admission dûment rempli <input type="checkbox"/> Une photo, format passeport <input type="checkbox"/> Attestation remplie par la direction de votre programme en hygiène dentaire ou une personne autorisée (ci-dessous)		
<b>ATTESTATION DE RECOMMANDATION:</b> Pour <b>étudiants seulement</b> ; rempli par la direction du programme en hygiène dentaire Direction/Personne autorisée: _____ Poste/Titre: _____ Établissement scolaire: _____ Adresse: _____ Tél. (travail): _____ Courriel: _____		
Cette attestation certifie que le/la candidat(e) est un(e) étudiant(e) d'un programme agréé ou en cours d'agrément en hygiène dentaire et qu'à la date limite de demande d'admission, il ne lui restera pas plus de quatre (4) mois pour compléter son programme. <b>C'est la responsabilité de la direction du programme en hygiène dentaire ou de la personne autorisée d'informer par écrit le BNCHD, au moins 15 jours avant la date de l'examen, s'il s'avère que l'étudiant(e) n'aura pas complété son programme en hygiène dentaire dans les quatre (4) mois suivant la date limite de demande d'admission.</b>		
<b>Signature</b> (Direction/Personne autorisée): _____ <b>Date:</b> _____		
<b>Déclaration sur la protection des renseignements personnels</b> Le BNCHD a adopté des politiques qui sont conformes aux lois fédérales et provinciales en vigueur relatives à la protection de la vie privée. Par conséquent, les renseignements fournis au BNCHD par les candidats et candidates seront traités de façon confidentielle par le BNCHD et ne seront utilisés que pour l'administration de l'ECNHD, la préparation du certificat, la facilitation de l'enregistrement ou de l'obtention de permis d'exercer des candidat(e)s et des évaluations qualitatives ou des sondages post-examens. Des résultats d'examen non spécifiques seront aussi utilisés par le BNCHD à des fins statistiques et de sommaires de rapports en conformité avec la législation applicable relative à la protection de la vie privée.		
<b>Protocole d'entente</b> <i>Je demande par la présente à passer l'ECNHD offert par le BNCHD, et je comprends que l'attribution du certificat dépend de la réussite à cet examen. Le contenu de l'ECNHD est strictement confidentiel. Les questions d'examen sont la propriété du BNCHD. Toute divulgation non autorisée est interdite en vertu des lois régissant les droits d'auteur. En posant ma candidature pour l'ECNHD, je m'engage à respecter la confidentialité des questions de l'examen. Tout bris de confidentialité de la part d'un(e) candidat(e) ou tout doute raisonnable quant à la validité et/ou la fiabilité des résultats d'examen de quiconque peut amener la suspension des résultats du/de la candidat(e) et/ou la révocation de son Certificat national.</i>		
<b>Signature</b> (candidat-e): _____ <b>Date:</b> _____		
<b>Votre demande d'admission ne sera valide que si votre signature y apparaît !</b>		
Faire parvenir demande, documents et paiement à: <b>BNCHD, 1929 ch. Russell, bur. 322, Ottawa, ON K1G-4G3</b>		
<b>PROCESSUS D'ABANDON OU DE TRANSFERT DE L'ECNHD:</b> Si vous décidez de ne pas passer l'examen, veuillez en informer le BNCHD (par la poste ou par télécopieur) aussitôt que possible. Le BNCHD accusera réception et vous fera parvenir des informations concernant la réadmission à l'examen. Les modalités de remboursement suivantes s'appliqueront : <b>Abandon 21 jours ou plus</b> avant la date d'examen : frais d'examen remboursables moins les frais d'admission de 100\$ + taxe. <b>Abandon moins de 21 jours</b> avant la date d'examen: Frais d'examen moins 200\$ + taxe (frais non remboursable de 100\$ et d'abandon tardif de 100\$). <b>Transfert :</b> On peut demander à ce que les frais d'examen payés soient appliqués pour un examen ultérieur au coût de 50\$ + taxe (à moins que son admissibilité soit révoquée par sa direction de programme) <u>une seule fois seulement</u> et la demande doit être faite <u>au moins 15 jours avant</u> la date de l'examen. Les demandes de transfert faites moins de 15 jours avant la date d'examen ne sont pas acceptées.		
<b>REMPLIR LE FORMULAIRE:</b> 1. Veuillez consulter le Guide de demande d'admission offert sur notre site Web à <a href="http://www.ndhcb.ca">www.ndhcb.ca</a> pour obtenir des informations pour remplir le formulaire. 2. Pour éviter les délais, les renseignements fournis doivent être exacts, complets et lisibles. Écrire en lettres majuscules et minuscules lorsqu'il y a lieu. 3. Si vous avez une difficulté physique ou d'apprentissage diagnostiquée, veuillez joindre le formulaire de « demande d'accommodements spéciaux » à votre formulaire de demande d'admission. Vous pouvez obtenir ce formulaire à <a href="http://www.ndhcbfr.ca/demande-accommodements">www.ndhcbfr.ca/demande-accommodements</a> . Si la demande n'est pas faite au moment de la demande d'admission à l'examen, nous ne pouvons garantir qu'ils seront disponibles. 4. Pour que votre demande soit prise en considération, l'enveloppe contenant votre formulaire de demande d'admission doit être dûment remplie, les documents requis et le paiement complet des frais, doivent être oblitérés au plus tard à la date butoir de l'inscription pour l'examen pour lequel vous faites la demande.		