|  |
| --- |
| Formulaire de réservation d’un local destiné à l’étudiant**pour la passation d’un examen hors classe** |
| Important – À lire attentivement |
| * Prendre note que c’est vous et non votre professeur qui doit effectuer la réservation;
* Réserver votre place aux services adaptés (SAIDE) au moins **cinq jours ouvrables à l’avance** (sans ce délai, nous ne pourrons garantir l’offre de ce service);
 |
| * Rappeler à votre professeur que, la veille de l’examen, il doit acheminer votre copie d’examen avec ses consignes, à l’agent de soutien administratif, au local D-3632 ou D-3629 ou par courriel à : saide@cmaisonneuve.qc.ca;
 |
| * Nous aviser si l’examen est annulé ou si vous ne pouvez vous présenter à l’examen;
 |
| * Noter que si vous avez une demi-heure de retard, vous ne pourrez bénéficier de ces services et nous vous référerons immédiatement à votre professeur (attention : si votre retard est dû au fait que vous devez vous présenter en classe avant votre examen, votre professeur devra vous remettre une note à ce sujet avec sa signature expliquant votre retard; nous joindrons cette note avec votre copie d’examen que nous lui remettrons);
 |
| * Pour plus d’information, communiquer avec un agent de soutien administratif, au poste 4694 ou 4175, au saide@cmaisonneuve.qc.ca ou vous présenter au local D-3632 ou D-3629;
* Lors de la réservation, indiquer les informations suivantes :
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Date de l’examen en classe :** |  |
| **Heure de l’examen en classe :** | **De h à h**  |
| **Durée totale de l’examen :** |  |
| **Heure de votre arrivée :** |  |
| **La passation de l’examen au SAIDE est-elle en différé (mesures exceptionnelles)? :** [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Si oui, indiquer le moment où vous devrez passer votre examen au SAIDE :** | **Date** | **Heure** |
|  | **De \_\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ à      h \_\_\_\_** |
| **Si votre examen se déroule sur plus d’une période, compléter le tableau suivant :** |
|  | **Période 1** | **Période 2** | **Période 3** |
| **Date** |  |  |  |
| **Heure** |  |  |  |
| **Heure de votre arrivée**  |  |  |  |
| **Nom du cours** |  |
| **Nom et prénom du professeur :** |  |
| **Matériel adapté déterminé par la conseillère en services adaptés\* :** | [ ]  Oui [ ]  Non |

|  |
| --- |
| **Merci de votre collaboration** |