

Ce document fait partie d'une démarche d'évaluation des besoins de la personne étudiante et permettra aux Services adaptés de déterminer si des accommodements scolaires peuvent être accordés. Il est donc important de le compléter intégralement.

Note à la personne étudiante : seule une lettre officielle émise par les Services adaptés pourra officialiser les accommodements retenus.

1. Identité de la personne étudiante

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

2. Diagnostic ou évaluation diagnostique

1. a) Quel est le diagnostic principal ou le résultat de l'évaluation diagnostique? _____
- b) Date de l'émission du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique : _____
- c) Autres diagnostics ou résultats de l'évaluation diagnostique : _____
2. a) S'agit-il d'un diagnostic ou d'un résultat de l'évaluation diagnostique de nature : temporaire permanente
- b) Pouvez-vous affirmer que le résultat du diagnostic ou de l'évaluation diagnostique de cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités d'apprentissage ou de ses activités scolaires? Oui Non
Précisions, au besoin : _____
3. L'état de cette personne rend-il **impossible** la poursuite d'études à plus de 12 heures par semaine? Oui Non
(Si OUI, veuillez compléter la section 3'. Elle DOIT être complétée par un médecin généraliste ou médecin spécialiste ou une personne professionnelle reconnue au sens du Code des professions (RLRQ, chapitre C-26) qui a les compétences requises pour effectuer l'évaluation demandée.)
4. La personne étudiante prend-elle des médicaments entraînant des effets secondaires pouvant nuire à ses apprentissages? Oui Non
Si OUI, préciser les effets : _____
5. **LIMITATIONS FONCTIONNELLES :** Quelles sont les limitations fonctionnelles liées au diagnostic ou à l'évaluation diagnostique qui sont présentes chez la personne étudiante?

Attention/concentration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Organisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Planification	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Inhibition	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Flexibilité mentale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Jugement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Autocritique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Fonctions visuospatiales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Perceptions sensorielles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Communication	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Langage oral	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Langage écrit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Mémoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Mobilité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Motricités fine et globale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Traitement de l'information	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Contrôle de l'anxiété	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Relations interpersonnelles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Gestion des émotions	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Fatigabilité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

Autres limitations : _____

3. Évaluation de l'incapacité et des obstacles – Temps partiel réputé temps plein¹

VEUILLEZ NOTER : Cette section DOIT être complétée par un médecin généraliste ou médecin spécialiste par une personne professionnelle reconnue au sens du Code des professions (RLRQ, chapitre C-26) qui a les compétences requises pour effectuer l'évaluation demandée.

Pouvez-vous affirmer que, malgré les moyens techniques, la médication, la thérapie, ou tout autre élément permettant de corriger ou d'atténuer l'incapacité, la déficience dont est atteinte cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes qui rendent impossible la poursuite à temps plein de ses études postsecondaires?

Pour la durée de ses études Oui Non

Si non, pendant l'année scolaire 20____ - 20____

Détails, s'il y a lieu :

4. Autres renseignements pertinents

5. Identité et signature de la personne professionnelle, médecin généraliste ou médecin spécialiste

PRÉNOM ET NOM

NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE

PROFESSION

NOM DU CABINET

ADRESSE DU CABINET

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SIGNATURE

DATE