

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

Note à l'étudiant : seule une lettre officielle émise par les Services adaptés pourra officialiser les accommodements retenus.

1. Identité de l'étudiant

NOM _____

PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

2. Diagnostic ou évaluation diagnostique

- Quel est le ou les diagnostic(s) ou le résultat de l'évaluation diagnostique? _____

- S'agit-il d'un diagnostic, d'un résultat d'évaluation diagnostique et de limitations temporaire(s) ou permanent(s)?
Précisions, au besoin : _____
- Spécifiez le degré de sévérité du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique : léger modéré sévère N/A
- Date de l'émission du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique : _____
Autres diagnostics ou résultats de l'évaluation diagnostique : _____
- L'état de l'étudiant rend-il **impossible** la poursuite d'études à plus de 12 heures par semaine? Oui Non
(Si OUI, veuillez compléter la section 3'. Celle-ci DOIT être complétée par un médecin, un audiologiste ou un optométriste).
- L'étudiant prend-il des médicaments entraînant des effets secondaires pouvant nuire à ses apprentissages? Oui Non
Si oui, préciser les effets : _____

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

7. Indiquer quelles limitations fonctionnelles, liées au diagnostic ou au résultat de l'évaluation diagnostique, sont présentes chez l'étudiant :

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 visuo-spatiales	<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. Reconnaissance des critères d'admissibilité au statut temps partiel réputé plein

VEUILLEZ NOTER : Cette section DOIT être complétée par un médecin, un audiologiste ou un optométriste.

Cochez **une** réponse pour **chacune** des quatre déficiences indiquées ci-dessous. En cochant « **Oui** » à l'une des quatre déficiences ci-dessous, vous reconnaissez que l'étudiante ou l'étudiant présente une déficience qui entraîne des limitations significatives et persistantes dans la poursuite de ses études et ce qui la ou le rend admissible à un statut temps partiel réputé temps plein.

Déficience visuelle grave

Oui Non

L'acuité visuelle de chaque oeil, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4.00 dioptries, est d'au plus 6/21, ou le champ de vision de chaque oeil est inférieur à 60°, dans les méridiens 180° et 90°, et, dans l'un ou l'autre cas, la personne est inapte à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familier.

Déficience auditive grave

Oui Non

L'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 70 décibels, en conduction aérienne, sur la moyenne des fréquences hertziennes 500, 1 000 et 2 000. Prière de joindre un audiogramme.

Déficience motrice

Oui Non

Perte, malformation ou anomalie des systèmes squelettique, musculaire ou neurologique responsable de la motricité du corps.

Déficience organique

Oui Non

Trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien.¹

Note : Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour effectuer une demande d'aide financière aux études.

4. Autres renseignements pertinents

5. Identité et signature du professionnel, 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