

## Objet : Attestation des limitations fonctionnelles (Diagnostic ou évaluation diagnostique)

---

Madame,  
Monsieur,

Vous recevez aujourd'hui le formulaire mentionné en objet à la suite d'une demande de la part de \_\_\_\_\_ pour l'obtention d'accommodements ou de services dans le cadre de ses études collégiales.

Les Services adaptés en milieu collégial ont la responsabilité d'évaluer les besoins de l'étudiant(e) en situation de handicap et de lui offrir, lorsque requis, des accommodements et des services dans le but de favoriser son intégration et sa réussite scolaire.

Les renseignements demandés dans le formulaire serviront en premier lieu à réaliser cette évaluation rigoureuse des besoins de l'étudiant dans le contexte de ses études collégiales. Par la suite, ils pourront servir à déterminer si l'étudiant(e) peut être reconnu(e) aux fins de financement du MES.

Pour les raisons nommées précédemment, les informations suivantes sont essentielles :

- La nature précise du diagnostic ou les conclusions de l'évaluation diagnostique;
- Les limitations présentes chez l'étudiant(e) et relatives au diagnostic ou aux conclusions de l'évaluation diagnostique ainsi que leur caractère significatif et persistant, s'il y a lieu;
- Le caractère temporaire ou permanent du diagnostic ou des conclusions de l'évaluation diagnostique et des limitations.

À titre de professionnel de la santé, nous vous demandons de remplir ce formulaire et de le remettre directement à l'étudiant dans les meilleurs délais.

Si vous avez des questions concernant cette démarche ou pour toute information concernant les services adaptés au collégial, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Merci de votre collaboration.

***Les conseiller-ères en services adaptés du Cégep de l'Outaouais***

[CSA-GAB@cegepoutaouais.qc.ca](mailto:CSA-GAB@cegepoutaouais.qc.ca)

[CSA-FLX@cegepoutaouais.qc.ca](mailto:CSA-FLX@cegepoutaouais.qc.ca)

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

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 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. Spécifiez le degré de sévérité du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique :  léger  modéré  sévère  N/A

4. 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<sup>1</sup>. Section 3 DOIT être complétée par un médecin généraliste ou médecin spécialiste).**

5. L'étudiant prend-il des médicaments entraînant des effets secondaires pouvant nuire à ses apprentissages?  Oui  Non

Si oui, préciser les effets : \_\_\_\_\_

6. **LIMITATIONS FONCTIONNELLES** : Quelles sont les limitations fonctionnelles liées au diagnostic ou à l'évaluation diagnostique qui 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 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. Reconnaissance de déficience fonctionnelle majeure (MEES – AFE – Certificat médical 1015)<sup>1</sup>

**VEUILLEZ NOTER** : Cette section DOIT être complétée par un médecin généraliste ou médecin spécialiste.

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 œil, 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 œil 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 familial.

#### 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. Dans ce cas, vous devez joindre à ce formulaire 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.

### 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