

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 3¹. 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)¹

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 optiques 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 responsables 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 sur la condition de l'étudiant

IMPORTANT : Veuillez noter que si des mesures d'accommodement sont nécessaires, celles-ci seront déterminées et inscrites au plan d'intervention par les Services adaptés du collège. Pour ce faire, un processus d'évaluation des besoins en contexte collégial doit être réalisé en collaboration avec l'étudiant, par les Services adaptés.

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