

Document d'attestation de diagnostic et des limitations fonctionnelles associées

IMPORTANT! À lire par le professionnel qui complétera ce formulaire.

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 à réaliser cette évaluation des besoins de l'étudiant dans le contexte de ses études collégiales.

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.

DÉMARCHE : Faire compléter ce document intégralement par le professionnel qui peut attester du diagnostic et des limitations associées. Présenter ce document complété aux Services adaptés.

Membre d'un ordre professionnel :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmier habilité par son ordre professionnel (sous réserve PL-21) | |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | |
| <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation habilité par son ordre professionnel (sous réserve PL-21) | |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Optométriste |
| <input type="checkbox"/> Psychologue spécialisé, préciser : | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Audiologiste | |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste, préciser : | <input type="checkbox"/> Autre : |

Orthopédagogue (pour les troubles d'apprentissage) Impression orthopédagogique : (à faire valider par un psychologue, orthophoniste ou médecin)

NOM, PRÉNOM de l'étudiant(e)

Date de naissance

1. DIAGNOSTIC(s) et LIMITATIONS FONCTIONNELLES

2. Spécifiez le degré de sévérité du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique :

- léger modéré sévère N/A

3. Limitations fonctionnelles identifiées (cocher) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Attention / Concentration | <input type="checkbox"/> Contrôle de l'anxiété |
| <input type="checkbox"/> Organisation | <input type="checkbox"/> Gestion des émotions |
| <input type="checkbox"/> Planification | <input type="checkbox"/> Traitement de l'information |
| <input type="checkbox"/> Inhibition | <input type="checkbox"/> Perceptions sensorielles |
| <input type="checkbox"/> Flexibilité mentale | <input type="checkbox"/> Fonctions visuo-spatiales |
| <input type="checkbox"/> Mémoire | <input type="checkbox"/> Mobilité |
| <input type="checkbox"/> Relations interpersonnelles | <input type="checkbox"/> Motricité fine et/ou globale |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Jugement |
| <input type="checkbox"/> Langage écrit | <input type="checkbox"/> Autocritique |

Langage oral

Fatigabilité

4. L'étudiant prend-il des médicaments entraînant des effets secondaires pouvant nuire aux apprentissages? Si oui, précisez les effets. Oui Non

5. La condition de la personne nécessite-t-elle des mesures d'aide à l'apprentissage et à l'intégration?
 Oui Non

6. Détails ou informations complémentaires / autres limitations :

Identité et signature du professionnel

Prénom, Nom

Numéro du permis d'exercice

Adresse du cabinet

Numéro de téléphone

Signature

Date