

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.

Identité de l'étudiant

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

Diagnostic ou évaluation diagnostique

1. Quel est le diagnostic principal ou le résultat de l'évaluation diagnostique? _____
2. S'agit-il d'une situation temporaire ou permanente?
Précisions, au besoin : _____
3. Spécifiez le degré de sévérité du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique : léger modéré sévère N/A
4. Date de l'émission du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique : _____
Autres diagnostics ou résultats de l'évaluation diagnostique : _____
5. L'état de l'étudiant rend-il impossible la poursuite d'études à plus de 12 heures par semaine? Oui Non
6. 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. Quelles sont les limitations fonctionnelles liées au diagnostic ou à l'évaluation diagnostique et qui sont présentes chez l'étudiant au regard de :

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 : _____

Autres renseignements pertinents

Identité et signature du professionnel

PRÉNOM ET NOM

NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE

PROFESSION

NOM DU CABINET

ADRESSE DU CABINET

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SIGNATURE

DATE