

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

Ce formulaire est destiné à être rempli par un professionnel de la santé du Québec, habileté dans le cadre de la Loi 21.

Les renseignements demandés dans ce formulaire serviront à réaliser cette évaluation rigoureuse des besoins de l'étudiante ou de l'étudiant en lien avec une demande d'accommodement pour un chien d'assistance ou un animal de soutien émotionnel. Il est donc important de le compléter intégralement afin que les services adaptés puissent réaliser adéquatement l'analyse de la demande d'accommodement.

<b>IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT OU DE L'ÉTUDIANTE</b>	
<b>Nom et prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	

<b>DIAGNOSTIC OU ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE</b>	
<b>Quel est le diagnostic principal ou le résultat de l'évaluation diagnostique :</b>	
<b>Date de l'émission du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique :</b>	
<b>Autres diagnostics ou résultats de l'évaluation diagnostique :</b>	
<b>Il s'agit d'un diagnostic ou d'un résultat de l'évaluation diagnostique de nature :</b>	<input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Permanent
<b>Pouvez-vous affirmer que le diagnostic ou le résultat diagnostique de cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez, au besoin :

**DIAGNOSTIC OU ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE (SUITE)**

<p><b>Spécifiez le degré de sévérité du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique :</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Léger  <input type="checkbox"/> Modéré  <input type="checkbox"/> Sévère  <input type="checkbox"/> Non applicable</p>
<p><b>La personne étudiante prend-elle des médicaments entraînant des effets secondaires ayant un impact sur son fonctionnement au quotidien :</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                  Si oui, précisez les effets :</p>
<p><b>Quelles sont les limitations fonctionnelles liées au diagnostic ou à l'évaluation diagnostique présentes chez la personne étudiante :</b></p>	<p><b>Attention/ concentration :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Organisation :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Planification :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Inhibition :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Flexibilité mentale :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Jugement :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Autocritique :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Fonctions visuospatiales :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Perceptions sensorielles :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Communication :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Langage oral :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Lecture :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Écriture :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Orthographe :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Mathématiques :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Mémoire :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Mobilité :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Motricité fine et motricité globale :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Traitement de l'information :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Contrôle de l'anxiété :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Relations interpersonnelles :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Gestion des émotions :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Fatigabilité :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><b>Autres limitations fonctionnelles :</b></p>

## DIAGNOSTIC OU ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE (SUITE)

<b>Quels sont les accommodements qui ont déjà été mis en place pour la personne étudiante :</b>	<b>Plan d'intervention scolaire :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	<b>Accommodement en milieu de stage ou de travail :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	<b>Accommodement en milieu résidentiel :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	<b>Protocole d'évacuation d'urgence :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	<b>Protocole d'intervention en cas de crise :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	<b>Chien d'assistance ou animal de soutien émotionnel :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

## DE QUELLE FAÇON L'ANIMAL VIENT-IL PALLIER LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES DE L'ÉTUDIANT(E)?


## QUELS SONT LES BIENFAITS OBJECTIVÉS PAR LA PRÉSENCE DE L'ANIMAL


## IDENTITÉ ET SIGNATURE DE LA PROFESSIONNELLE OU DU PROFESSIONNEL

_____	_____	_____
Prénom et nom	Numéro du permis d'exercice	Profession
_____	_____	
Nom du cabinet	Adresse du cabinet et numéro de téléphone	
_____	_____	
Signature	Date	