

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 sa réussite scolaire.

Les renseignements demandés dans ce formulaire serviront, en premier lieu, à réaliser cette évaluation rigoureuse des besoins de l'étudiante ou de l'étudiant dans le contexte de ses études collégiales. Ils aideront à déterminer les accommodements scolaires pouvant être accordés. Il est donc important de le compléter intégralement.

Note à l'étudiante ou l'étudiant : seul le plan d'intervention préparé par les Services adaptés officialise les accommodements retenus.

Identité de l'étudiante ou de l'étudiant

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

Diagnostic ou évaluation diagnostique

- 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 : _____
- a) Il s'agit d'un diagnostic ou d'un résultat de l'évaluation diagnostique de nature : Temporaire Permanent

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'étudiante ou de l'étudiant rend-il **impossible** la poursuite d'études à plus de 12 heures par semaine? Oui Non
Si les difficultés sont liées à une déficience visuelle grave, à une déficience auditive grave, à une déficience motrice ou une déficience organique telles que décrites par le Ministère (voir à la fin de ce document), il pourrait être nécessaire de remplir le *Certificat médical 1015* de l'Aide financière aux études.
5. L'étudiante prend-elle ou l'étudiant prend-il des médicaments entraînant des effets secondaires pouvant nuire à ses apprentissages?
 Oui Non. Si oui, préciser les effets : _____
6. Quelles sont les **limitations fonctionnelles** liées au diagnostic ou à l'évaluation diagnostique présentes chez l'étudiante ou 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
Lecture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Écriture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Orthographe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Mathématiques	<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
Motricité fine et motricité 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 fonctionnelles : _____

Autres renseignements pertinents

Identité et signature de la professionnelle ou du professionnel

PRÉNOM ET NOM	NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE
PROFESSION	NOM DU CABINET
ADRESSE DU CABINET	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
SIGNATURE	DATE

Descriptions des déficiences reconnues par le ministère de l'Enseignement supérieur pour la reconnaissance d'une déficience fonctionnelle majeure¹

Déficience visuelle grave : 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 familier.

Déficience auditive grave : 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 : Perte, malformation ou anomalie des systèmes squelettique, musculaire ou neurologique responsable de la motricité du corps.

Déficience organique : Trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien.

¹ Tiré de : www.afe.gouv.qc.ca/tous-les-formulaires/detail; Certificat médical — Déficiences fonctionnelles majeures et autres déficiences reconnues (Formulaire : 1015)

Adapté du document *Annexe 1 — Diagnostic ou éval diagnostique abrégée (2021-02-09)* créé par les Centres collégiaux de soutien à l'intégration et de la lettre – *Attestation des limitations fonctionnelle (Diagnostic ou évaluation diagnostique)* créée par les Centres collégiaux de soutien à l'intégration (2021-03-18).