

IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI
PAR UN MÉDECIN (GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE)

Ce certificat vise à permettre au secteur Accueil et soutien aux étudiants en situation de handicap de déterminer si des mesures d'accommodement peuvent être accordées **sur une base permanente**. Il est donc important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises.

Ce certificat ne constitue pas une attestation d'accommodement scolaires. Seule une lettre officielle émise par notre secteur pourra en attester.

1. Quel est le diagnostic?

2. Indiquez la date du diagnostic : _____

3. S'agit-il d'un trouble : temporaire permanent

4. L'état de la personne concernée rend-il impossible la poursuite d'études à temps plein? oui non

5. La personne concernée prend-elle des médicaments?

oui non Si oui, précisez :

6. Pouvez-vous affirmer que le trouble dont est atteinte cette personne entraîne des difficultés *significatives* dans l'accomplissement de ses activités scolaires? oui non

7. Si oui, en tenant compte du diagnostic et de la médication (s'il y a lieu), cochez parmi les difficultés suivantes celles qu'éprouve actuellement la personne concernée :

OUI NON NE SAIS PAS

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté de concentration en classe |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté de concentration dans les périodes d'étude |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté de mémorisation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté à filtrer les stimuli environnementaux |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Assiduité aux cours |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté à gérer le stress |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté à conserver un niveau d'énergie adéquat tout au long de la journée (fatigabilité) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté à établir des contacts interpersonnels |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté à gérer un horaire et des délais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aptitude limitée à tolérer le bruit et les foules |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté à se concentrer sur plus d'une tâche à la fois |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Réactions extrêmes aux commentaires négatifs |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Confusion et anxiété évidentes à la réception de directives verbales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aptitude limitée à tolérer les interruptions |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crainte d'aborder les figures d'autorité |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté à travailler en équipe |
| <input type="checkbox"/> | | | Autre : _____ |

8. Précisions et commentaires additionnels :

IDENTITÉ ET SIGNATURE DE LA OU DU MÉDECIN (GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE)

PRÉNOM ET NOM

ADRESSE DU CABINET

NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SIGNATURE

DATE

Retourner à :

Accueil et soutien aux étudiants
en situation de handicap

Pavillon Maurice-Pollack
2305, rue de l'Université, local 2121
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6

Téléphonie : 418 656-2880
Télécopieur : 418 656-7866
Courriel : acsesh@aide.ulaval.ca
www.aide.ulaval.ca

P:\ACSESH\Formulaires\Certificat medical
ULaval.docx

Mise à jour : 2016-10-27