

IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT

NOM
PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN MÉDECIN (généraliste ou spécialiste) OU PAR UN PROFESSIONNEL HABILITÉ PAR SON ORDRE PROFESSIONNEL (sous réserve PL-21)

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. L'autorisation d'accommodements doit se faire par le secteur Accueil et soutien aux étudiants en situation de handicap via monPortail.

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 lesquels et s'ils entraînent des effets secondaires ayant un impact sur les études:

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 DU MÉDECIN (généraliste ou spécialiste) OU DU PROFESSIONNEL HABILITÉ PAR SON ORDRE PROFESSIONNEL (sous réserve PL-21)

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