



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