

Les Services adaptés en milieu collégial ont la responsabilité d'évaluer les besoins de l'étudiant.e 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'étudiant.e dans le contexte de ses études collégiales. Ils aideront à déterminer les accommodements scolaires pouvant être accordés. **Il doit être rempli par un professionnel de la santé. Il est important de le compléter intégralement.**

Note : si vous possédez déjà un rapport d'évaluation, il n'est pas nécessaire de faire compléter ce document. Envoyez votre rapport d'évaluation aux Services adaptés.

Note à l'étudiant.e : 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 _____	

Diagnostique ou évaluation diagnostiques

- 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 : _____
- Spécifiez le degré de sévérité du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique : Léger Modéré Sévère N/A
- 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.
- L'étudiant 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 : _____
- 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 : _____
- Quelles sont les limitations **fonctionnelles** qui sont significatives et persistantes 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	Communication	<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	Langage oral	<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	Lecture	<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	Écriture	<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	Orthographe	<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	Mathématiques	<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	Mémoire	<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	Motricité fine et motricité globale	<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	Mobilité	<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	Traitement de l'information	<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	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		
- Autres limitations fonctionnelles : _____

Accommodements recommandés et autres renseignements pertinents

Membre d'un ordre professionnel :

- Audiologiste Conseiller d'orientation habilité par son ordre professionnel (sous réserve PL-21)
- Infirmier habilité par son ordre professionnel
- Médecin généraliste Médecin spécialiste, préciser : _____
- Optométriste Orthophoniste Psychologue
- Neuropsychologue Autre : _____

Orthopédagogue (pour les troubles d'apprentissage)

Impression orthopédagogique : _____
(à faire valider par un psychologue, orthophoniste ou médecin)

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 optiques 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).
Adapté du document du cégep de la Gaspésie et des îles