

**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

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <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