



ATTESTATION DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES PAR UN PROFESSIONNEL PRATIQUANT AU QUÉBEC

Troubles neurologique, organique, sensoriel, physique/moteur.
Troubles du langage, d'apprentissage, du déficit de l'attention/hyperactivité.
Troubles envahissant du développement, de santé mentale, etc.

ÉMISSION D'UN DIAGNOSTIC

Membre d'un ordre professionnel :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiologiste | <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation habilité par son ordre professionnel (sous réserve L-21) |
| <input type="checkbox"/> Infirmier habilité par son ordre professionnel (sous réserve L-21) (Santé mentale : IPSSM) | |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste, préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Optométriste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Psychologue spécialisé, préciser : _____ |

Identité de l'étudiant(e)

NOM _____ PRÉNOM _____
DATE DE NAISSANCE _____ ÂGE _____

Information sur le diagnostic

- Quel est le diagnostic? _____
Si présence d'un trouble de santé mentale, préciser à partir du **DSM 5** : _____
Date du diagnostic : _____
- L'état de la personne concernée rend-il impossible la poursuite d'études à temps plein (180 hres/sess.)? Oui Non
- Pouvez-vous affirmer que le trouble dont est atteinte cette personne entraîne des difficultés *significatives* dans l'accomplissement de ses activités scolaires? Oui Non
- La personne concernée prend-elle des médicaments? Oui Non
Si oui, préciser : _____
Si effets secondaires, lesquels : _____

Recommandations

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Local des Services adaptés (passation des examens) | <input type="checkbox"/> Horaire de cours adapté |
| <input type="checkbox"/> Prolongation du temps d'examens | <input type="checkbox"/> Productions sonores (volumes numérisés) |
| <input type="checkbox"/> Prise de notes | <input type="checkbox"/> Productions agrandies |
| <input type="checkbox"/> Tutorat | <input type="checkbox"/> Productions en braille |
| <input type="checkbox"/> Ressource pour souligner les erreurs en français | <input type="checkbox"/> Cours d'éducation physique adapté à la limitation |
| <input type="checkbox"/> Utilisation de logiciels spécialisés | <input type="checkbox"/> Antidote <input type="checkbox"/> WordQ |
| | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Apprentissage de stratégies | <input type="checkbox"/> Attention et concentration <input type="checkbox"/> Autonomie |
| | <input type="checkbox"/> Étude et mémorisation <input type="checkbox"/> Gestion du stress et de l'anxiété |
| | <input type="checkbox"/> Gestion du temps <input type="checkbox"/> Habiletés sociales |
| | <input type="checkbox"/> Préparation aux examens <input type="checkbox"/> Travail d'équipe |
| | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Utilisation de matériel adapté | <input type="checkbox"/> Dictionnaire électronique <input type="checkbox"/> Enregistreuse numérique |
| | <input type="checkbox"/> Équipement adapté <input type="checkbox"/> Système MF |
| | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Encadrement éducatif | |
| <input type="checkbox"/> Suivi psychosocial (court terme) | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

Autres informations pertinentes

Identité et signature du membre de l'ordre professionnel ou autre

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