

## **CENTRE DE SERVICES ADAPTÉS**

945 Chemin de Chambly, local D-0203 Longueuil (Québec) J4H 3M6 Téléphone : 4506792631, poste 2272

Télécopieur : 4506466328

## ATTESTATION DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES

## **NOTE IMPORTANTE**

Cette évaluation doit provenir d'un médecin ou l'un des professionnels autorisés, c'est-à-dire un audiologiste, un psychologue, un neuropsychologue, un optométriste, un orthophoniste ou un psychiatre. L'attestation médicale permet au cégep Édouard-Montpetit de mettre en place des mesures adaptées pour un étudiant¹ en situation de handicap. Veuillez compléter toutes les sections afin que nous puissions bénéficier d'un maximum d'informations nous permettant de répondre adéquatement aux besoins de l'étudiant et, ainsi, favoriser sa réussite éducative et son intégration socioprofessionnelle.

| Section 1 IDENTIFICATION ET AUTORISATION DE L'ÉTUDIANT   |  |
|--|--|
| Nom :  |  |
| Prénom :   |  |
| Date de naissance :// jour mois année  |  |
| Par la présente, j'autorise informations concernant mon dossier médical à mon conseiller adaptés au cégep Édouard-Montpetit. | à transmettre les<br>r du Centre de services |
|  | //<br>our mois année                         |
| Signature de l'étudiant j  | our mois année                               |
| Section 2 RAPPORT MÉDICAL (à remplir par le médecin ou professionnel autorisé mentionné cidessus)                            |  |
| Précisez le ou les diagnostic(s) de l'étudiant par ordre d'importance, s'il y a lieu :                                       |  |
| Diagnostic(s)  | Date de l'évaluation                         |
|  |  |
|  |  |
| De quelle façon les limitations de l'étudiant peuvent-elles influencer son cheminement scolaire?                             |  |
|  |  |
| L'étudiant est-il sous médication ou reçoit-il des traitements spécifiques? Si oui, précisez.                                |  |
|  |  |

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Dans ce document, le genre masculin est utilisé à titre épicène.

| La médication ou les traitements peuvent-ils influencer ses apprentissages? Si oui, précisez les effets secondaires.  |  |
|---|--|
| maux de tête fatigabilité tristesse/déprime   |  |
| stress/anxiété trouble du sommeil vomissements/nausées  |  |
| ☐ état apathique ☐ trouble de la mémoire ☐ perte/augmentation de l'appétit  |  |
| 🔲 tremblements 🔲 palpitations cardiaques 🔲 irritabilité, changement d'humeur  |  |
| peur agressivité lenteur du traitement de l'information   |  |
| autre(s):   |  |
| Assurez-vous le suivi de ce patient? □ Oui □ Non  |  |
| Si oui, depuis quand?//   |  |
| À quelle fréquence?   |  |
| Ce patient est-il suivi par d'autres intervenants? □ Oui □ Non  |  |
| Si oui, lesquels?   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| Est-ce que l'état de cette personne rend impossible la poursuite d'études à temps plein (est considéré temps plein l'étudiant qui est inscrit à au moins quatre cours ou 12 |  |
| heures de cours par semaine)? oui* non  |  |
| •   |  |
| *Si oui, veuillez compléter le formulaire 1015 permettant à l'étudiant d'obtenir le statut temps plein et les avantages y étant associés.                                   |  |
| Section 3   |  |
| RECOMMANDATIONS   |  |
| Tenant compte de la problématique et du traitement, recommandez-vous des mesures de soutien éducatif pour aider cet étudiant dans son cheminement scolaire?                 |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| Section 4 IDENTIFICATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU AUTRE PROFESSIONNEL AUTORISÉ   |  |
|   |  |
| Nom :Tél. :   |  |
|   |  |
| Spécialité : Numéro de licence :  |  |
|   |  |
| Spécialité : Numéro de licence :  |  |
| Spécialité : Numéro de licence :  |  |