http://espace.cegepmontpetit.ca/communication/signature/images/LogoCEMENA.png

**Centre de services adaptés**

5555, rue de l’ÉNA  
Longueuil (Québec) J3Y 8Y9  
Téléphone : 450 678-3561, poste 4294

|  |
| --- |
| **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 étudiant[[1]](#footnote-1) 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à transmettre les informations concernant mon dossier médical à mon conseiller du Centre de services adaptés au Cégep Édouard-Montpetit.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_  **Signature de l’étudiant** jour mois année |
| ***Section 2***  **RAPPORT MÉDICAL (à remplir par le médecin ou professionnel autorisé mentionné ci-dessus)** |
| **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.** |
| **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?** \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_  jour mois année  **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 :**  **Coordonnées** :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_  **Signature du professionnel de la santé** jour mois année | |

1. Dans ce document, le genre masculin est utilisé à titre épicène. [↑](#footnote-ref-1)