ÉCOLE NATIONALE D'AÉROTECHNIQUE
UN CAMPUS DU CÉGEP ÉDOUARD-MONTPETIT

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] 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.

_____

_____

[1] 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? _____ / _____ / _____
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