

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ÉTUDIANTE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

NOTE : Ce certificat vise à permettre au Programme d'intégration pour les personnes étudiantes en situation de handicap de déterminer si des mesures d'accommodements peuvent être accordées sur **une base permanente**. Il est donc important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises.

Ce formulaire doit être rempli par une personne professionnelle (médecin ou autre spécialiste reconnu).

1. DIAGNOSTIC(s) :

Date du diagnostic : _____ Médication actuelle : _____

2. Pouvez-vous affirmer que le trouble dont est atteinte cette personne entraîne des difficultés *significatives et persistantes* dans l'accomplissement de ses activités scolaires? Oui Non

3. Est-ce que l'état de cette personne *rend impossible* la poursuite d'études à temps plein? Oui Non

4. Précisez les outils d'évaluation utilisés : _____

5. Cocher parmi les difficultés suivantes celles qu'éprouve actuellement la personne concernée

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Langage oral | <input type="checkbox"/> Attention/concentration | <input type="checkbox"/> Coordination motrice |
| <input type="checkbox"/> Orthographe/calligraphie | <input type="checkbox"/> Aptitude limitée à tolérer le bruit | <input type="checkbox"/> Agitation/impulsivité |
| <input type="checkbox"/> Conceptualisation | <input type="checkbox"/> Organisation/planification | <input type="checkbox"/> Lecture |
| <input type="checkbox"/> Gestion du stress/anxiété | <input type="checkbox"/> Mémoire de travail | <input type="checkbox"/> Calcul |
| <input type="checkbox"/> Rigidité | <input type="checkbox"/> Difficulté à travailler en équipe | <input type="checkbox"/> Difficulté motivationnelle |
| <input type="checkbox"/> Difficulté comportementale | <input type="checkbox"/> Faible estime de soi | <input type="checkbox"/> Procrastination |
| <input type="checkbox"/> Raisonnement | <input type="checkbox"/> Fatigue/surcharge cognitive | <input type="checkbox"/> Autonomie déficiente |
| <input type="checkbox"/> Coordination visuo-spatiale | <input type="checkbox"/> Mémoire court, moyen et long terme | <input type="checkbox"/> Traitement de l'information |

6. Précisions et commentaires additionnels

SIGNATURE DE LA PERSONNE PROFESSIONNELLE (MÉDECIN OU AUTRE SPÉCIALISTE RECONNU)

Prénom et nom

Numéro de permis d'exercice

Adresse

Numéro de téléphone

Signature

Date

Retourner :

Courriel : prog.integration@usherbrooke.ca

Télécopieur : 819-821-7618

Téléphone : 819 821-7997 ou 1 800 267-8337, poste 67997

Pavillon Services à la vie étudiante, local E1-2004

2500, boul. de l'Université

Sherbrooke (Québec) CANADA J1K 2R1