Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue

# Attestation des limitations fonctionnelles

Ce document fait partie d'une démarche d'évaluation des besoins de l'étudiant et permettra aux Services adaptés de déterminer si des accommodements scolaires peuvent être accordés. Il est donc important de le compléter intégralement.

Note à l'étudiant : seule une lettre officielle émise par les Services adaptés pourra officialiser les accommodements retenus.

## Identité de l'étudiant

NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

## Diagnostic ou évaluation diagnostique

1. Quel est le diagnostic principal ou le résultat de l'évaluation diagnostique? _____
2. S'agit-il d'une situation ☐ temporaire ou ☐ permanente?
   Précisions, au besoin et durée si connue : _____
3. Spécifiez le degré de sévérité du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique : ☐ léger ☐ modéré ☐ sévère ☐ N/A
4. Date de l'émission du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique : _____
   Autres diagnostics ou résultats de l'évaluation diagnostique : _____
5. L'état de l'étudiant rend-il impossible la poursuite d'études à plus de 12 heures par semaine? ☐ Oui ☐ Non
6. L'étudiant prend-il des médicaments entraînant des effets secondaires pouvant nuire à ses apprentissages? ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, préciser les effets : _____

**LIMITATIONS FONCTIONNELLES**

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles liées au diagnostic ou à l'évaluation diagnostique et qui sont présentes chez l'étudiant au regard de :

| | | | |
|---|---|---|---|
| attention/concentration | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| organisation | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| planification | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| inhibition | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| flexibilité mentale | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| jugement | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| autocritique | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| fonctions visuo-spatiales | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| perceptions sensorielles | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| communication | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| langage oral | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| langage écrit | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| mémoire | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| mobilité | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| motricités fine et globale | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| traitement de l'information | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| contrôle de l'anxiété | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| relations interpersonnelles | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| gestion des émotions | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
| fatigabilité | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |

Autres limitations : _____

_____

## Autres renseignements pertinents

_____

_____

_____

## Identité et signature du professionnel

PRÉNOM ET NOM _____ NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE _____

PROFESSION _____ NOM DU CABINET _____

ADRESSE DU CABINET _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE _____

SIGNATURE _____ DATE _____