

Collecte de données initiales

Rendez-vous : _____

INFORMATIONS SUR L'ÉTUDIANT

Nom de l'étudiant : _____

Prénom de l'étudiant : _____

admission (DA) : _____

Date de naissance : _____

#de téléphone : _____

Ville ou pays de provenance : _____

Lieu de résidence pendant études (ex. résidences, appartement, parents) :

Programme : _____

Campus fréquenté : _____

Si commandite, établissement de provenance :

Travail pendant étude:

non oui Combien h/sem. : _____

Enfant ? oui non

Financement études (ex. aide financière, étudiant seul, parents, etc.) :

MOTIF DE LA PRISE DE CONSULTATION

Je voudrais avoir recours à des mesures d'aide (accommodement) pour soutenir en classe et/ou examen car (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- J'ai un diagnostic (sans plan d'intervention)
- J'ai un diagnostic et un plan d'intervention de mon établissement scolaire précédent
- J'ai un plan d'intervention de mon établissement précédent, mais je n'ai pas de diagnostic connu
- J'ai des difficultés en lien avec la langue maternelle autre que le français (provenant d'un autre pays)
- J'aimerais ajouter ou retirer des mesures
- J'éprouve des difficultés et j'aimerais vérifier la source (aide pour référence)
- Je rencontre des difficultés dans certains cours ou tâches et je voudrais des stratégies
- J'ai déjà des mesures, mais la situation actuelle fait en sorte que je ne vais pas très bien : j'ai besoin d'aide
- J'ai été invité par mon professeur ou un intervenant à vous présenter ma situation et/ou de mes difficultés (sans diagnostic)
- J'aimerais des informations sur les services d'aide au pouvant m'aider au cégep (de manière générale)
- J'ai une limitation ponctuelle (suite à un accident ou incident)

Résumé de la Situation/MOTIF CONSULTATION

Difficultés

Attentes / Aide souhaitée

Besoins

Plan d'intervention

Plan d'intervention d'un établissement scolaire

Dernière version date de : _____

Établissement scolaire : _____

SI DIAGNOSTIC	SANS DIAGNOSTIC situation temporaire, difficulté, barrière de langue
<p>Limitations diagnostiquées (ex. dyslexie, déficit d'attention, dépression, etc.) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Établie et connue depuis environ : _____</p> <p>Établie par (médecin, psychologue, neurologue, orthophoniste, etc.) : _____</p> <p>Type document (à fournir si disponible) :</p> <p><input type="checkbox"/> billet médical <input type="checkbox"/> étiquette médication <input type="checkbox"/> certificat déficiences fonctionnelles majeures et autres déficiences reconnues (AFE) <input type="checkbox"/> audiogramme <input type="checkbox"/> rapport d'évaluation fait par un spécialiste (titre): _____</p> <p><input type="checkbox"/> autre : _____</p> <p>As-tu accès à un médecin au besoin ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>As-tu des suivis réguliers avec un médecin ou autres spécialistes ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Préciser son nom et sa fonction : _____</p> <p>_____</p>	<p>Si accident ou état temporaire, précisez :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ce qui vous affecte ou limite :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>La durée estimée de la limitation selon le spécialiste :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Impact sur vos études : (ex : je suis droitier et j'ai une fracture du bras droit. Je serai dans le plâtre jusqu'à telle date. Cela m'affecte dans ma rédaction et prise de notes et autre)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Autre problème de santé, s'il y a lieu</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Médication <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Si oui, apportez l'étiquette de la médication)</p>
Matériel de soutien disponible à la maison :	
<p>Inscrivez tout matériel utilisé pour le soutien aux apprentissages à la maison (ex. ordinateur, logiciels merci de préciser, internet, imprimante, manuels de référence en français, dictionnaire papier ou électronique, etc.) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Commentaires : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Signature

Date