

ÉMISSION D'UN DIAGNOSTIC

Membre d'un ordre professionnel :

- Audiologiste
- Infirmier habilité par son ordre professionnel (sous réserve PL-21)
- Médecin généraliste
- Optométriste
- Psychologue spécialisé, préciser : _____
- Conseiller d'orientation habilité par son ordre professionnel (sous réserve PL-21)
- Médecin spécialiste, préciser : _____
- Orthophoniste
- Psychologue
- Autre : _____

Orthopédagogue (pour les troubles d'apprentissage)
 Impression orthopédagogique : _____
(à faire valider par un psychologue, orthophoniste ou médecin)

Identité de l'étudiant(e)

NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ ÂGE _____

Information sur le diagnostic

1. Quel est le diagnostic? _____
 Date du diagnostic : _____
2. L'état de la personne concernée rend-il impossible la poursuite d'études à temps plein (180 hres/sess.)? Oui Non
3. Pouvez-vous affirmer que le trouble dont est atteinte cette personne entraîne des difficultés *significatives* dans l'accomplissement de ses activités scolaires? Oui Non
4. La personne concernée prend-elle des médicaments? Oui Non
 Si oui, préciser : _____
 Si effets secondaires, lesquels : _____

Recommandations

- Local des Services adaptés (passation des examens)
- Prolongation du temps d'examens
- Prise de notes
- Tutorat
- Ressource pour souligner les erreurs en français
- Horaire de cours adapté
- Productions sonores (volumes numérisés)
- Productions agrandies
- Productions en braille
- Cours d'éducation physique adapté à la limitation
- Utilisation de logiciels spécialisés Antidote WordQ WhiteSmoke
- Autre(s) : _____
- Apprentissage de stratégies Lecture Écriture
- Étude Gestion du stress et de l'anxiété
- Gestion du temps Passation d'un examen
- Travail d'équipe Autre(s) : _____
- Autocorrection
- Utilisation de matériel adapté Dictionnaire électronique Enregistreuse numérique
- Agenda électronique Crayon numériseur
- Système MF Équipement adapté : _____
- Autre(s) : _____
- Encadrement éducatif
- Suivi psychosocial
- Autres : _____

Autres informations pertinentes

Identité et signature du membre de l'ordre professionnel ou autre

PRÉNOM ET NOM

NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE

ADRESSE DU CABINET

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SIGNATURE

DATE