



FORMULAIRE DE DEMANDE POUR CONSULTATION EN AIDE À L'APPRENTISSAGE

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Sexe : M F

Numéro d'étudiant : _____

Programme d'études : _____

N° de tél. : _____

Motifs de consultation

Quelle(s) raison(s) vous amène(ent) à consulter ?

Difficultés d'apprentissage (résultats scolaires, méthode de travail, résolution de problème)

Difficultés d'attention, de concentration

Difficultés organisationnelles (gérer mon temps, mon matériel, périodes d'étude, etc.)

Gestion du stress

Autres : _____

Expliquez brièvement quels sont vos besoins :

Avez-vous déjà eu un suivi avec un professionnel (psychologue, orthopédagogue, T.S., T.E.S., orthophoniste, ergothérapeute, autre) ?

Oui Non Si oui, avec quel(s) professionnel(s) ? _____

Dans la dernière année Il y a entre 2 et 4 ans Il y a plus de 5 ans

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un plan d'intervention dans le passé ?

Oui Non

Bénéficiez-vous des services du SAIDE ? Oui Non

Référé par : _____

Signature de l'étudiant : _____ Date : _____

**Remettre ce formulaire complété au Service d'aide à l'apprentissage, au local D-3603,
ou par courriel à isimon@cmaisonneuve.qc.ca.**