

## DEMANDE DE MESURES D'ACCOMMODEMENT<sup>1</sup>

### Renseignements personnels<sup>2</sup>

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NDA de l'étudiant : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe :  Femme  Homme

Préférez-vous être contacté par :  Mio  Tél. – à quel numéro : \_\_\_\_\_

### Informations générales

Formation régulière  Formation continue

Êtes-vous recommandé par un membre du personnel du Collège?  Oui  Non

Si oui, quels sont son nom et sa fonction? \_\_\_\_\_

Combien d'heures de cours avez-vous par semaine? \_\_\_\_\_

Occupez-vous un emploi parallèlement à vos études?  Oui  Non

Si oui : Quel est votre d'emploi? : \_\_\_\_\_

Combien d'heures travaillez-vous par semaine? \_\_\_\_\_

Quelle est la nature de votre situation de handicap ou de votre limitation fonctionnelle ? \_\_\_\_\_

Auditive  Visuelle  Neurologique  Motrice/physique

Trouble d'apprentissage  Santé mentale

**Veillez préciser dans le tableau en annexe**

<sup>1</sup> Ce présent document est une adaptation du formulaire « Demande de consultation en psychologie » provenant du Cégep du Vieux-Montréal.

<sup>2</sup> La forme masculine est utilisée dans le seul but d'alléger le texte.

Quel est le professionnel que vous avez consulté et qui a rédigé l'évaluation diagnostique?  
(Écrire la profession)

---

Si oui, quand?

---

Prenez-vous des médicaments?

Oui

Non

Si oui, lequel ou  
lesquels?

---

Avez-vous déjà bénéficié de mesures d'accommodement dans une autre institution  
scolaire (si oui, quelles mesures et quel établissement scolaire)?

---

### Motif de consultation

Quelle est la difficulté qui vous amène à consulter?

---

---

---

---

Depuis quand cette situation existe-t-elle ?

---

---

---

Nous vous invitons à déposer tous les documents qui pourraient aider à l'analyse de votre demande  
(évaluation diagnostique, plan d'intervention du secondaire, d'un autre cégep).

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli, ainsi que tout document pertinent, en personne, au  
local D3608d, numérisé au [saide@cmaisonneuve.qc.ca](mailto:saide@cmaisonneuve.qc.ca) ou par télécopie au 514-254-2845.

## Formulaire de consentement

### Démarche de consultation




L'étudiant qui ne peut se présenter à un rendez-vous est prié d'en aviser, 24 heures à l'avance, le conseiller en services adaptés ou l'un des agents en soutien administratif des services adaptés (SAIDE).

Lors de la première rencontre, le conseiller en services adaptés effectue une évaluation de la situation et des besoins de l'étudiant afin d'établir un plan de services, et, si nécessaire, d'un plan d'intervention visant à pallier la situation de handicap pour favoriser l'intégration aux études collégiales. Par la suite, il aide l'étudiant à trouver des stratégies adaptées pour faire face à sa situation de handicap. Le conseiller en services adaptés peut également recommander à l'étudiant de consulter différentes ressources. L'étudiant a la responsabilité de collaborer à l'évaluation de ses besoins ainsi qu'aux plans de services et d'intervention qui en découlent.

L'équipe du SAIDE a le devoir de prendre tous les moyens qu'elle juge nécessaires pour aider l'étudiant dans la poursuite de ses objectifs scolaires. Cependant, elle ne peut en aucun cas certifier à l'étudiant que sa démarche sera garante de sa réussite scolaire.

### Limites à la confidentialité

Le conseiller en services adaptés ne peut divulguer le nom de l'étudiant qui le consulte et ne peut dévoiler des informations le concernant sans son autorisation écrite. Cependant, le conseiller en services adaptés a l'obligation devant la loi<sup>3</sup> de divulguer des informations sans le consentement écrit de l'étudiant si un ou plusieurs des critères suivants sont rencontrés :

-  Il risque de porter atteinte à sa propre vie;
-  Il risque de porter atteinte à la vie d'une autre personne;
-  Il fait preuve de négligence ou de maltraitance physique ou sexuelle vis-à-vis d'un enfant.

J'ai pris connaissance du fonctionnement des services adaptés (SAIDE) du Collège de Maisonneuve.

Je comprends le but et la nature des consultations ainsi que des limites de la confidentialité.

Je consens, de manière libre et éclairée, à m'inscrire au SAIDE.

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Charte de droits et libertés de la personne, article 2 Article à une personne en danger, Loi de la protection de la jeunesse, article 39.

Trouble d'apprentissage	Santé mentale	Motricité	Organiques	Neurologiques	Visuels	Auditive
<input type="checkbox"/> Dyscalculie <input type="checkbox"/> Dyslexie <input type="checkbox"/> Dyslexie / dysorthographe <input type="checkbox"/> Dysorthographe <input type="checkbox"/> TA spécifique avec atteinte de l'expression écrite <input type="checkbox"/> TA spécifique avec atteinte de la lecture <input type="checkbox"/> TDA avec hyperactivité <input type="checkbox"/> TDA sans hyperactivité <input type="checkbox"/> TDA/ H <input type="checkbox"/> TDA/H sans billet médical <input type="checkbox"/> Trouble spécifique des apprentissages <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Agoraphobie <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Phobie sociale <input type="checkbox"/> Phobie spécifique <input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Trouble alimentaire <input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Trouble alimentaire <input type="checkbox"/> Boulimie <input type="checkbox"/> Trouble de bipolaire <input type="checkbox"/> Trouble d'Anxiété généralisée <input type="checkbox"/> Trouble d'Anxiété sociale <input type="checkbox"/> Trouble de l'opposition <input type="checkbox"/> Trouble de personnalité antisociale <input type="checkbox"/> Trouble de personnalité limite <input type="checkbox"/> Trouble de personnalité narcissique <input type="checkbox"/> Trouble de personnalité schizoïde <input type="checkbox"/> Trouble de Stress post traumatique <input type="checkbox"/> Dystrymique <input type="checkbox"/> Trouble Obsessif compulsif <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Amyotrophie spinale <input type="checkbox"/> Arthrite juvénile <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Doplégie spastique <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Hémiplésie <input type="checkbox"/> Hernie discale <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> Spina bifida <input type="checkbox"/> Spondylarthrie ankylosante <input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Anémie falciforme <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Fibrose kystique <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Ostéogénèse imparfaite <input type="checkbox"/> Personne de petite taille (nanisme) <input type="checkbox"/> Syndrome de Turner <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Asperger <input type="checkbox"/> Autisme de haut niveau <input type="checkbox"/> AVC/ ACV (accident cardio vasculaire) <input type="checkbox"/> Bégaiement <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement frontal <input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Dyspraxie <input type="checkbox"/> Dyspraxie verbale <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Gilles de La Tourette <input type="checkbox"/> Migraine chroniques <input type="checkbox"/> Narcolepsie <input type="checkbox"/> Neurofibromatose <input type="checkbox"/> Polyneuropathie <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Syndrome Charcot-Marie-Tooth <input type="checkbox"/> Syndrome de dysfonction non verbale <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Aveugle <input type="checkbox"/> Cataracte congénitale <input type="checkbox"/> Daltonisme <input type="checkbox"/> Fonctionnelleme nt voyant <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Rétinite pigmentaire <input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> Scotome <input type="checkbox"/> Syndrome Laurence-Moon-Bardet-Biedl <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Malentendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Autre _____

Tableau inspiré de la liste de limites PILOQ/SAIDE/A15