



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

Les services adaptés ont pour mandat d'analyser les besoins des étudiant.e-s en situation de handicap et de leur offrir, lorsque requis, les mesures nécessaires pour favoriser leur intégration et leur réussite scolaire.

Afin de déterminer si l'étudiant.e est en situation de handicap, le SAIDE (Service d'aide à l'intégration des étudiantes et étudiants) s'appuie sur la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale : « (...) toute personne ayant une déficience entraînant une **incapacité significative** et **persistante** et qui est **sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes**. »

IDENTIFICATION :

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)

1. Limitations fonctionnelles :

L'analyse s'appuie sur les différentes limitations présentes chez la personne étudiante. Il est important de remplir cette section en identifiant quelles sont les limitations fonctionnelles présentes chez l'étudiant selon votre évaluation :

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 visuospatiales	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
Motricité 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

2. Autres limitations :-

3. Diagnostic ou évaluation diagnostique

Selon votre évaluation, pouvez-vous affirmer que cette personne a une incapacité :

Significative :	Oui	Non	Non évalué
Persistante :	Oui	Non	Non évalué

Est-ce qu'elle est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes :

Oui Non

Quel est le diagnostic principal ou le résultat de l'évaluation diagnostique ? :

Diagnostic ou évaluation diagnostique **Précisez :** _____

Date de l'émission du diagnostic ou du résultat de l'évaluation diagnostique (AAAA-MM-JJ) : _____

Hypothèse **Précisez :** _____

Si une réévaluation est prévue, veuillez préciser la date prévue ou le délai à prévoir : _____

Aucun, un suivi est prévu pour réévaluer la situation **Précisez :** _____

Si une réévaluation est prévue, veuillez préciser la date prévue ou le délai à prévoir : _____

Aucun, une référence n'a été faite vers un autre professionnel **Précisez :** _____

Si l'information est disponible, veuillez préciser la date prévue ou le délai à prévoir : _____

Aucun, et aucun suivi n'est prévu pour réévaluer

4. Autres diagnostics ou résultats d'autres évaluations diagnostiques

Précisez : _____

5. L'étudiant prend-il des médicaments entraînant des effets secondaires pouvant nuire à ses apprentissages?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

Identité et signature du professionnel, médecin généraliste ou médecin spécialiste

PRÉNOM ET NOM

NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE

PROFESSION

NOM DU CABINET

ADRESSE DU CABINET

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SIGNATURE

DATE

