

**Formulaire d'évaluation des limites fonctionnelles pour
les étudiantes et les étudiants universitaires ayant des besoins particuliers**

Nom de l'étudiant ou de l'étudiante : _____

Prénom de l'étudiant ou de l'étudiante : _____

D.D.N. : _____

L'obligation d'accommodement vise à garantir un accès équitable aux services d'éducation. Pour recevoir les mesures d'accommodement, les critères suivant doivent être respectés :

L'étudiant ou l'étudiante a des limitations fonctionnelles résultant d'une condition de santé physique ou mentale qui ont une incidence sur son rendement ou son fonctionnement en milieu scolaire.

Je confirme que :

- _____ a une incapacité basée sur un diagnostic* médical respectant
Nom de l'étudiant ou de l'étudiante
les critères cités ci-dessus, ou
 J'évalue actuellement la condition de santé de _____ afin d'établir
Nom de l'étudiant ou de l'étudiante
un diagnostic

Durée de l'incapacité

Remplir la partie 1, 2 ou 3

1. Cet étudiant ou cette étudiante a une **invalidité permanente** avec des symptômes qui sont continus ou récurrents/épisodiques
2. Cet étudiant ou cette étudiante a une **invalidité temporaire** avec des symptômes qui sont continus ou récurrents/épisodiques
 - a. Mesures d'accommodement doivent être offertes de _____ à _____**
3. Cet étudiant ou cette étudiante participe actuellement à un processus d'évaluation en vue d'obtenir un diagnostic
 - a. Mesures d'accommodement doivent être offertes de _____ à _____**

* Selon la Commission ontarienne des droits de la personne, les collègues et les universités ne peuvent plus exiger de la part des étudiantes et des étudiants qu'elles ou ils divulguent leur diagnostic du DSM pour accéder aux mesures d'adaptation et de soutien. L'accommodement des besoins en matière de santé mentale doit être fondé non pas sur le diagnostic, mais sur les limitations fonctionnelles.

** Une mise à jour de la documentation médicale sera requise après cette date

Médication

Si vous avez prescrit des médicaments à cet étudiant ou cette étudiante relativement à sa condition médicale, veuillez identifier le moment de la journée où les effets secondaires de ceux-ci peuvent le plus affecter son fonctionnement :

Matin Après-midi Soir N/A

Évaluation de la condition sur le fonctionnement scolaire

En utilisant l'échelle de 1 à 5, veuillez indiquer l'impact de la condition médicale ainsi que de la médication, le cas échéant, sur le fonctionnement des compétences et des capacités énumérées ci-dessous.

Échelle

1	2	3	4	5
Aucun impact	Faible impact	Impact modéré	Impact sévère	N/A

A. Fonctionnement cognitif

- a. Attention/concentration 1 2 3 4 5
- b. Mémoire à court terme 1 2 3 4 5
- c. Mémoire à long terme 1 2 3 4 5
- d. Traitement de l'information 1 2 3 4 5
- e. Communication écrite et orale 1 2 3 4 5
- f. Fonctionnement exécutif (planification, organisation, résolution de problème) 1 2 3 4 5
- g. Jugement (anticiper l'impact de son comportement sur soi et sur les autres) 1 2 3 4 5

B. Capacité physique

- a. Mobilité 1 2 3 4 5
- b. Capacités motrices globales 1 2 3 4 5
- c. Dextérité manuelle 1 2 3 4 5
- d. Position assise pour une période prolongée 1 2 3 4 5
- e. Position debout pour une période prolongée 1 2 3 4 5

C. Habiletés sociales

- a. Contrôle de ses émotions 1 2 3 4 5
- b. Gestion du stress 1 2 3 4 5
- c. Interaction avec les autres 1 2 3 4 5
- d. Capacité de s'adapter au changement 1 2 3 4 5
- e. Capacité de travailler avec les populations vulnérables, notamment pendant un stage 1 2 3 4 5

D. Visions 1 2 3 4 5

E. Ouïe 1 2 3 4 5

F. Sécurité

Est-ce que cet étudiant ou cette étudiante a une condition telle que l'Université devra peut-être avoir besoin de réagir rapidement (ex. : réaction allergique sévère, crise d'asthme ou d'épilepsie)

Oui Non

Si oui, veuillez préciser la condition :

G. Mesures d'accommodement et équipements spécialisés

En tenant compte de limitations fonctionnelles identifiées ci-dessus, veuillez nous indiquer les mesures d'accommodement ou les équipements spécialisés qui pourraient assurer que les conditions d'apprentissage soient les meilleures possible.

Services spécialisés

- Service d'interprétation
- Tuteur
- Documents en braille
- Service de prise de notes en classe
- Soutien pour compléter les tests et les examens (scripteur)
- Évaluation psychopédagogique

Modifications au niveau de la salle de classe

- Salle de classe distincte pour compléter les tests et les examens
- Ameublement ergonomique
- Siège assigné
- Lumières spécialisées

Équipements spécialisés

- Ordinateur portable
- Logiciel texte-parole

- Logiciel de reconnaissance vocale
 - Logiciel de lecture à l'écran
 - Logiciel d'aide à l'écriture
 - Logiciel d'organisation
 - Enregistreur
 - Autre :
-

**Rapport certifié par un professionnel reconnu ou
une professionnelle reconnue de l'Ontario**

Nom : _____

Étampe ou image de la carte professionnelle :

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Adresse courriel : _____

Je, _____, (Nom en lettres moulées) suis un ou une _____ légalement qualifié ou qualifiée dans la province de l'Ontario et ce présent rapport contient mon évaluation ainsi que mes impressions cliniques.

Signature électronique

Date

Autorisation de divulgation d'informations

Je, _____, (Nom en lettres moulées) donne l'autorisation au professionnel nommé ou à la professionnelle nommée ci-dessus de transmettre ce formulaire et autres informations jugées pertinentes et nécessaires pour mettre en place certaines mesures d'accommodement qui faciliteront mon apprentissage à l'Université de Hearst.

*Traduction libre du formulaire *Functional Limitations Assessment Form for Post-Secondary Students with a Disability* créé par St-Lawrence College et Queen's University