



SERVICES ADAPTÉS

CERTIFICAT MÉDICAL

ATTESTATION DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Ce formulaire doit être rempli par un médecin, un neuropsychologue ou un psychologue

Ce certificat vise à permettre aux professionnels des Services adaptés de déterminer si des adaptations scolaires peuvent être accordées. Il est donc important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises.

Ce certificat ne constitue pas une attestation d'adaptations scolaires. Seule une lettre officielle émise par les Services adaptés du collège pourra en attester.

IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT(E)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☎ : _____

1. Quel est le diagnostic? _____

2. Indiquez la date du diagnostic : _____

3. La personne concernée a-t-elle un suivi auprès de professionnel(s) en lien avec son diagnostic?
 oui Précisez : _____ non

4. L'état de la personne concernée rend-il impossible la poursuite d'études à temps plein?
 oui non

5. La personne concernée prend-elle des médicaments? oui non
Si oui, précisez : _____

6. Effets secondaires connus liés à la prise de médication : _____

7. En tenant compte du diagnostic et de la médication (s'il y a lieu), cochez parmi les difficultés suivantes celles qu'éprouve actuellement la personne concernée.

OUI NON NE SAIS PAS

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté de concentration et/ou d'attention |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté d'organisation et/ou de gestion du temps |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficulté de mémorisation |

OUI	NON	NE SAIS PAS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à filtrer les stimuli environnementaux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impulsivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à gérer le stress et/ou anxiété
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à conserver un niveau d'énergie adéquat tout au long de la journée (fatigabilité)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à établir et/ou à maintenir des contacts interpersonnels
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur chronique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à se déplacer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à communiquer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lenteur d'exécution
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidité mentale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faible estime de soi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crainte d'aborder les figures d'autorité
<input type="checkbox"/>			Autre : _____

8. Précisions et commentaires additionnels

IDENTITÉ ET SIGNATURE DU MÉDECIN, DU NEUROPSYCHOLOGUE OU DU PSYCHOLOGUE

Prénom et nom	Numéro du permis d'exercice
Adresse du cabinet	Numéro de téléphone
Signature	Date

DESTINATAIRE DU FORMULAIRE COMPLÉTÉ

Services adaptés
 Cégep de Lévis
 205, rue Mgr Bourget, Lévis (QC), G6V 6Z9
 📧 : servicesadaptés@cegeplevis.ca
 ☎️ : 418.833.5110 poste 3312
 📠 : 418.837.1181