

CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTATION DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ (MÉDECIN, PSYCHOLOGUE, NEUROPSYCHOLOGUE, ORTHOPHONISTE, ETC.)

Ce certificat vise à permettre aux Services adaptés de déterminer si des mesures d'accommodations scolaires peuvent être accordées **sur une base permanente**. Il est donc important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises.

**Ce certificat ne constitue pas une attestation d'accommodations scolaires. Seule une lettre officielle émise par notre secteur pourra en attester.*

Identification de l'étudiant(e)	Identification et signature du professionnel de la santé	
Nom	Prénom et nom	
Prénom	Adresse du cabinet	
DDN	Permis d'exercice	Téléphone
	Signature	Date

- Diagnostic : _____
- Date du diagnostic : _____
- Médication en lien avec ce diagnostic : oui ☐ non ☐
Si oui, précisez : _____
- En tenant compte du diagnostic et de la médication (s'il y a lieu), cochez les difficultés qu'éprouve actuellement la personne concernée :

☐ Difficulté de concentration en classe	☐ Difficulté de concentration dans les périodes d'étude
☐ Difficulté de mémorisation	☐ Difficulté à filtrer les stimuli environnementaux
☐ Assiduité aux cours	☐ Difficulté à gérer le stress
☐ Difficulté à établir des contacts interpersonnels	☐ Difficulté à gérer un horaire et des délais
☐ Aptitude limitée à tolérer le bruit et les foules	☐ Difficulté à se concentrer sur plus d'une tâche à la fois
☐ Réactions extrêmes aux commentaires négatifs	☐ Aptitude limitée à tolérer les interruptions
☐ Crainte d'aborder les figures d'autorité	☐ Difficulté à travailler en équipe
☐ Confusion et anxiété évidentes à la réception de directives verbales	
☐ Difficulté à conserver un niveau d'énergie adéquat tout au long de la journée (fatigabilité)	
☐ Autre : _____	
- Précisions et commentaires additionnels : _____