

## Attestation médicale | Confirmation du diagnostic Soutien aux étudiants en situation de handicap

Cette attestation doit être remplie par une ou un **médecin (généraliste ou spécialiste)** ou une ou un **professionnel reconnu conformément à la loi sur les professions (loi 21)**.

Cette attestation vise à permettre au Soutien aux étudiants en situation de handicap des Services à la vie étudiante de l'Université de Montréal de déterminer si des mesures d'accommodement peuvent être accordées. **Il est important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises.**

Cette attestation médicale ne constitue pas une attestation d'aménagement scolaire (accommodements). Ces informations seront utiles pour permettre au professionnel des services adaptés de déterminer si des accommodements peuvent être mis en place pour pallier une situation de handicap. Seule une lettre officielle émise par le service de Soutien aux étudiants en situation de handicap responsable de l'application de la Politique-cadre de l'Université de Montréal pourra en attester.

### IDENTITÉ DE LA PERSONNE ÉTUDIANTE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jour/mois/année): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### RECONNAISSANCE DU DIAGNOSTIC

**Diagnostic :** \_\_\_\_\_ **Date du diagnostic :** \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un trouble : **Persistant** \_\_\_\_\_ **Temporaire** \_\_\_\_\_

L'état de la personne concernée rend-il possible des études à temps plein? **Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

### MÉDICATION

La personne concernée prend-elle des médicaments? **Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

Si oui, précisez :

\_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a des effets secondaires à la prise de médication? **Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

Si oui, précisez :

\_\_\_\_\_

## RÉPERCUSSIONS DES LIMITATIONS

Pouvez-vous affirmer que le trouble ou déficience dont est atteinte cette personne entraîne des difficultés significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités scolaires ? **Oui** \_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_

**Si oui, 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 sait pas	Défis rencontrés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté de concentration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté de mémorisation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à filtrer les stimuli environnementaux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à gérer le stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à conserver un niveau d'énergie adéquat sur une longue période de temps (fatigabilité) Précisez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à établir des contacts interpersonnels
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté d'organisation et de planification
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présente des symptômes ou des suivis médicaux réguliers pouvant entraîner un impact sur l'assiduité.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté au niveau de la parole Précisez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté au niveau moteur Précisez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté au niveau sensoriel Précisez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés au niveau de l'apprentissage <input type="checkbox"/> Suspecté <input type="checkbox"/> Validé Précisez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté d'autorégulation émotionnelle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à interpréter le langage non verbal et les codes sociaux

Précisions ou commentaires :

---



---



---

## IDENTITÉ ET SIGNATURE DE LA OU DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

Numéro de permis d'exercice : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---