

Formulaire de vérification d'incapacité/condition médicale

Le Service d'accessibilité aux études (SAE) de l'Université de Saint-Boniface offre des accommodements à toute la population étudiante qui a une limitation permanente ou temporaire sur présentation de documentation de leur médecin ou de tout autre professionnel de la santé. **L'individu qui a une difficulté d'apprentissage ne remplit pas ce formulaire.** Il doit remettre une évaluation psychoéducative administrée par un psychologue agréé.

Coordonnées de l'étudiant·e

Nom	Prénom	N° étudiant USB	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone ()	Courriel	Date de naissance (jj/mm/année)	

Le SAE collecte certains éléments de vos renseignements personnels et médicaux conformément à la LAIPVP et la LRMP. La collecte des renseignements est utilisée pour répondre aux besoins d'accommodements pendant que l'individu poursuit ses études à l'Université de Saint-Boniface. Ces informations demeurent confidentielles.

Autorisation de l'étudiant·e

J'autorise que l'information qui figure sur cette fiche soit transmise au SAE de l'Université de Saint-Boniface.

Date	Signature de l'étudiant·e	
Témoin (lettres en caractères d'imprimerie)		Témoin (signature)

Il n'est pas nécessaire de divulguer votre diagnostic, cependant si vous consentez à la divulgation de votre diagnostic au SAE, veuillez cocher la case ci-dessous.

☐ Je consens à divulguer le diagnostic de mon incapacité.

Signature de l'étudiant·e

Date

Ce formulaire dûment rempli doit être remis au bureau du SAE.

PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ REMPLIT CETTE SECTION

Note au professionnel de la santé : Le SAE offre de l'appui et des accommodements basés sur les limitations fonctionnelles liées à l'incapacité ou à la condition médicale de la population étudiante. Veuillez fournir des informations sur la nature de l'incapacité, ainsi que l'impact fonctionnel sur l'individu afin que le SAE puisse mieux répondre à ses besoins. Ces informations pourront aussi servir aux fins de demandes de fonds pour des services et l'achat d'équipements.

Confirmation d'une incapacité et/ou d'une condition médicale

Nature de l'incapacité – par catégorie (Trouble neurologique, physique et/ou chronique, lésion cérébrale, vision, ouïe, santé mentale, TDA/TDAH, trouble du spectre autistique et si autre – veuillez spécifier)	
Incapacités secondaires / tertiaires (s'il y a lieu)	
Type d'incapacité ☐ Permanente ☐ Chronique ¹ ☐ Temporaire ☐ Inconnue (en voie d'évaluation)	Dans le cas d'une incapacité temporaire, indiquez la date anticipée de guérison : _____ _____

¹Présente depuis les deux dernières années et pour au moins les deux prochaines années

Évaluation fonctionnelle

Choisir les limitations fonctionnelles qui sont **applicables** et décrire les impacts académiques.

Impact sur le fonctionnement académique : 0 = inconnu, 1 = léger, 4 = significatif

Tâches académiques	0	1	2	3	4	Impact sur le fonctionnement académique
p. ex. Écriture				√		Écrire plus de 30 min exacerbe les symptômes.
p. ex. Attention et concentration					√	L'étudiant perd sa capacité de se concentrer après 15 min d'attention soutenue.
Lecture						
Écriture						
Dactylographie						
Prise de notes						
Gestion d'une pleine charge de cours						
Situation d'évaluation						

Tâches académiques	0	1	2	3	4	Impact sur le fonctionnement académique
Gestion du stress						
Attention et concentration						
Travail de groupe, participation en salle de classe, présentations						
Interactions sociales						
Gestion des distractions						
Exécution de tâches dans les délais prévus						
Assiduité						
Mémoire						
Organisation						
Traitement de l'information						
Habiletés physiques						
Autre :						

Médicaments

Est-ce que l'étudiant·e prend présentement des médicaments? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, veuillez décrire les effets secondaires qui pourraient avoir une incidence sur sa capacité d'effectuer ses études postsecondaires : _____

Accommodements académiques (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) :

- ☐ Charge de cours réduite (40 %) tout en gardant son statut d'étudiant à temps plein
- ☐ Service de prise de notes d'un bénévole
- ☐ Enregistrement des cours
- ☐ Salles de classe accessibles ou équipements ergonomiques
- ☐ Temps supplémentaire pour ses travaux
- ☐ Manuels/documents accessibles
- ☐ Absence de ses cours / laboratoires de temps à autre
- ☐ Tutrice / tuteur
- ☐ Autre (veuillez expliquer) _____

Accommodements pour les tests/examens (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

Temps supplémentaire : ☐ 50 % ☐ Autre _____
Endroit calme : ☐ Salle privée ☐ Salle semi-privée (maximum de 7 étudiants)

- ☐ Maximum d'un examen final par jour (>2 h)
☐ Logiciel lecteur
☐ Scribe (pour écrire les réponses)
☐ Utilisation d'un ordinateur pour composante écrite
☐ Logiciel spécialisé (Dragon, Word Q, etc.). Veuillez préciser : _____
☐ Poste de travail ergonomique (veuillez préciser) : _____

Autre technologie adaptée ou appui (veuillez expliquer)

Professionnel de la santé :

☐ Médecin ☐ Audiologue ☐ Optométriste ☐ Ophtalmologue ☐ Psychiatre ☐ Psychologue
☐ Neurologue ☐ Neuropsychologue ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Nom	Prénom	Téléphone	Télécopie
Adresse	Ville	Province	Code postal
Signature du professionnel de la santé			Date

Cachet du cabinet

Les renseignements personnels recueillis sous l'autorité de la *Loi sur l'Université de Saint-Boniface* sont utilisés pour répondre aux besoins d'accommodements pendant que l'individu poursuit ses études à l'Université de Saint-Boniface. Les renseignements personnels ne seront pas utilisés ni divulgués pour d'autres raisons que celles permises par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)*. Si vous avez des questions concernant la collecte de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le Bureau de la protection de la vie privée de l'Université de Saint-Boniface (204-237-1818, poste 398 ou laipvp@ustboniface.ca).