

Attestation médicale | Confirmation diagnostic

Soutien aux étudiants en situation de handicap (SÉSH)

Ce formulaire doit être rempli par une ou un **médecin (généraliste ou spécialiste)** ou un **professionnel reconnu conformément à la loi sur les professions (loi 21)**.

Ce **certificat** vise à permettre au Soutien aux étudiants en situation de handicap (SÉSH) de déterminer si des mesures d'accompagnement peuvent être accordées. **Il est important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises.**

Ce certificat ne constitue pas une attestation d'aménagement scolaire (accommodements) : seule une lettre officielle émise par le SÉSH pourra en attester.

IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT

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 concerné rend-il possible des études à temps plein? **Oui** ____ **Non** ____

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**, précisez :

Avez-vous **des recommandations** de mesures d'accommodements pouvant aider l'étudiant(e) à pallier les effets de sa situation de handicap sur ses tâches universitaires?

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 :

AUTRE

Précisions et 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 : _____