

**DEMANDE RELATIVE À L'INTÉGRATION DES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE LIMITATION(S)
FONCTIONNELLE(S) ET DE BESOINS EN MATIÈRE D'APPRENTISSAGE**

Ce formulaire doit être rempli par tout étudiant qui dépose une demande auprès de l'École du Barreau pour obtenir des mesures d'adaptation scolaire.

Le présent formulaire ainsi que les pièces justificatives requises à l'appui de la demande, telles que décrites à l'annexe 1 – Documents requis de la Procédure de mise en application de la Politique, doivent être déposés au moins **quatre semaines avant la tenue de l'évaluation**, sauf circonstances exceptionnelles.

Les documents doivent être transmis au directeur de Centre ou à la personne qu'il désigne.

Les informations contenues dans ce formulaire sont strictement confidentielles.

Votre identité (les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires)

Numéro d'intervenant* : _____

Prénom* : _____

Nom* : _____

Adresse électronique* : _____

Numéro de téléphone* : _____

Inscription* : Cours de la formation professionnelle (session automne)
 Cours de la formation professionnelle (session hiver)

Information sur votre situation

SVP cocher une ou plusieurs cases en choisissant celle(s) qui décrit(vent) le mieux votre situation :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> TDA(H) | <input type="checkbox"/> Déficience motrice |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | <input type="checkbox"/> Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale | <input type="checkbox"/> Limitation médicale |
| <input type="checkbox"/> Trouble de langage et de la parole | |

Mesures d'adaptation scolaire à l'université

Est-ce que vous avez eu des mesures d'adaptation scolaire à l'université? OUI NON

Si oui, cocher celles dont vous avez bénéficié :

<input type="checkbox"/>	Temps supplémentaire pour les examens
<input type="checkbox"/>	Précisez le temps additionnel accordé : _____
<input type="checkbox"/>	Pause en temps arrêté
<input type="checkbox"/>	Utilisation d'un ordinateur pour les examens
<input type="checkbox"/>	Logiciel particulier : _____
<input type="checkbox"/>	Local en groupe restreint
<input type="checkbox"/>	Prise de notes
<input type="checkbox"/>	Autre(s)
<input type="checkbox"/>	Précisez : _____

Nom de l'université où vous avez bénéficié de mesures d'adaptation : _____

Mesures d'adaptation demandées à l'École du Barreau

Veillez préciser : Temps supplémentaire pour les examens
Précisez le temps additionnel demandé : _____
Utilisation d'un ordinateur pour les examens
Logiciel particulier : _____
Local en groupe restreint
Autre(s)
Précisez : _____

Je confirme avoir pris connaissance et comprendre la portée de la Politique relative à l'intégration des étudiants de l'École du Barreau en situation de limitation(s) fonctionnelle(s) et de besoins en matière d'apprentissage et de la Procédure de mise en application de la Politique relative à l'intégration des étudiants de l'École du Barreau en situation de limitation(s) fonctionnelle(s) et de besoins en matière d'apprentissage

J'autorise mon directeur de Centre (ou toute personne qu'il désigne) à consulter toute instance concernée (notamment l'université, le professionnel de la santé, l'expert) et à faire toutes les vérifications nécessaires à l'étude et à l'analyse de ma demande

J'autorise mon directeur de Centre (ou toute personne qu'il désigne) à communiquer avec moi par courriel relativement à la présente demande

NOM EN LETTRES MOULÉES : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____ 20____