

**ÉVALUATION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES  
ET DES BESOINS EN MATIÈRE D'APPRENTISSAGE**

Ce formulaire doit être rempli par une professionnelle ou un professionnel de la santé, reconnu(e) par un ordre professionnel, pour obtenir des mesures d'adaptation scolaire. Le formulaire doit être transmis à la directrice ou au directeur de Centre ou à la personne qu'elle ou il désigne.

En plus du présent formulaire dûment rempli, l'étudiante ou l'étudiant peut avoir à fournir des pièces justificatives au soutien de sa demande. À cet effet, l'étudiante ou l'étudiant doit se référer à l'*Annexe 1 – Documents requis* de la *Procédure de mise en application de 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*.

Les informations contenues dans ce formulaire sont strictement confidentielles.

**Informations de l'étudiante ou de l'étudiant**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'intervenant de l'École du Barreau : \_\_\_\_\_

**Informations de la professionnelle ou du professionnel de la santé**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Clinique / Hôpital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Étampe :

## Qualifications professionnelles

Indiquez brièvement vos qualifications professionnelles (titre, champ de pratique, spécialisation) et votre connaissance de l'étudiante ou de l'étudiant (nombre d'années de suivi, fréquence du suivi).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Situation actuelle de l'étudiante ou de l'étudiant qui nécessite la mise en place de mesures d'adaptation

- a) Confirmez la ou les déficience(s) fonctionnelle(s) en indiquant, pour chacune, le diagnostic, comment il a été établi et, le cas échéant, les tests utilisés.

---

---

---

---

---

- b) Indiquez la nature de la déficience fonctionnelle ainsi que ses limitations pour l'étudiante ou l'étudiant. Précisez si cette déficience fonctionnelle est temporaire ou permanente.

Temporaire       Permanente

---

---

---

---

---

- c) Expliquez en quoi cette déficience fonctionnelle nuit à l'étudiante ou l'étudiant dans sa capacité à faire les évaluations de l'École du Barreau.

---

---

---

---

---

---

---

### Description des accommodements recommandés

Décrivez et spécifiez les accommodements recommandés. Pour chaque recommandation, indiquez de façon détaillée la mise en application. À titre d'exemple, si du temps supplémentaire est recommandé, indiquez la durée de temps appropriée à la situation de l'étudiante ou de l'étudiant (en minutes, en heures ou en pourcentage de la durée de l'évaluation).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Prenez note que tous les champs du présent formulaire doivent être remplis à la satisfaction de l'École du Barreau afin que la demande soit considérée complète.**

### Confirmation et signature de la professionnelle ou du professionnel de la santé

J'atteste que les informations fournies sont exactes au meilleur de mes connaissances et de mon expertise.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Numéro de permis \_\_\_\_\_