

**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 _____