

DOCUMENTATION ATTESTANT LA PRÉSENCE D'UNE DÉFICIENCE VISUELLE OU AUDITIVE

ÉTUDIANT

Je comprends que ce formulaire sera remis au Service d'accommodements scolaires de l'Université d'Ottawa pour les fins suivantes :

- confirmer la présence d'une déficience visuelle ou auditive;
- déterminer si le problème médical est permanent ou temporaire;
- évaluer les limitations fonctionnelles dans le milieu d'apprentissage;
- aider le Service d'accommodements scolaires à déterminer les mesures d'adaptation et le soutien appropriés.

\*Les renseignements fournis pourraient être utilisés pour évaluer les besoins en matière de soutien à l'apprentissage, d'accommodements scolaires ou d'accès à une multitude d'avantages, y compris les subventions gouvernementales.

NOM DE L'ÉTUDIANT

NUMÉRO D'ÉTUDIANT

SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT

DATE

QUI PEUT REMPLIR LE FORMULAIRE?

La documentation doit être remplie par le **médecin de famille, l'infirmier praticien, l'ophtalmologiste, l'optométriste, l'otorhinolaryngologiste ou l'audiologiste** de l'étudiant. Le professionnel de la santé connaît les antécédents du patient et est autorisé à poser un diagnostic et à traiter la déficience visuelle ou auditive. **L'étudiant ne doit pas remplir le certificat médical ou les limitations fonctionnelles.**

QUI CONSULTE ET UTILISE CES RENSEIGNEMENTS?

Les renseignements fournis seront utilisés aux fins décrites ci-dessus et seront confidentiels en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP) et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS). Pour toute autre question, veuillez communiquer avec nous.

À REMPLIR PAR L'OPHTALMOLOGISTE, L'OPTOMÉTRISTE, L'OTORHINOLARYNGOLOGISTE, L'AUDIOLOGISTE OU LE MÉDECIN DE FAMILLE

ÉNONCÉ DU DIAGNOSTIC

Je confirme que je suis en train d'évaluer l'état de santé de l'étudiant afin de poser un diagnostic.



LES TESTS DIAGNOSTIQUES SERONT TERMINÉS LE :

ANNEE MOIS JOUR

OR

VEUILLEZ INDIQUER LE DIAGNOSTIC CONFIRMÉ :

DURÉE DE LA SITUATION DE HANDICAP

PERMANENTE :

On s'attend à ce que la situation de handicap soit présente pendant toute la durée des études postsecondaires.

TEMPORAIRE :

La durée prévue de la situation de handicap est du

ANNEE MOIS JOUR

au

ANNEE MOIS JOUR

DURÉE INCONNUE

(Note : Les mesures d'adaptation seront mises en place pour un semestre jusqu'à ce que d'autre documentation soit fournie).

SYMPTÔMES VARIABLES :

La situation de handicap de l'étudiant comprend des symptômes variables.

**PLAN DE TRAITEMENT**

1. SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ CONFIRMÉ, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU PREMIER DIAGNOSTIC :

2. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS TRAITÉZ-VOUS L'ÉTUDIANT?

3. ALLEZ-VOUS SURVEILLER L'ÉTUDIANT RÉGULIÈREMENT?  
 OUI, CHAQUE \_\_\_\_\_ NON, L'ÉTUDIANT SERA SUIVI PAR \_\_\_\_\_

4. CAUSE DE LA DÉFICIENCE VISUELLE OU AUDITIVE :

5. L'ÉTUDIANT A-T-IL SUBI RÉCEMMENT OU SUBIRA-T-IL BIENTÔT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE QUI RISQUE DE NUIRE À SES ÉTUDES UNIVERSITAIRES? VEUILLEZ EXPLIQUER :

6. DÉFICIENCE VISUELLE : VEUILLEZ PRÉCISER LE DEGRÉ DE DÉFICIENCE VISUELLE DANS LE MILIEU UNIVERSITAIRE.  
OEUIL GAUCHE LÉGER MODÉRÉ GRAVE | OEUIL DROIT LÉGER MODÉRÉ GRAVE

7. DÉFICIENCE AUDITIVE : VEUILLEZ PRÉCISER LE DEGRÉ DE DÉFICIENCE AUDITIVE DANS LE MILIEU UNIVERSITAIRE.  
 À l'aide de technologie correctrice : OREILLE GAUCHE LÉGER MODÉRÉ GRAVE | OREILLE DROIT LÉGER MODÉRÉ GRAVE  
 Sans technologie correctrice : OREILLE GAUCHE LÉGER MODÉRÉ GRAVE | OREILLE DROIT LÉGER MODÉRÉ GRAVE

8. VEUILLEZ PRÉCISER LES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS QUI POURRAIENT NUIRE AU RENDEMENT SCOLAIRE DE L'ÉTUDIANT :

**LIMITATIONS FONCTIONNELLES POUVANT AVOIR UN IMPACT SUR LES ÉTUDES UNIVERSITAIRES**

	<b>AUCUN IMPACT</b> Peu susceptible d'affecter la capacité de répondre aux exigences scolaires.	<b>IMPACT LÉGER</b> Peut probablement répondre aux exigences scolaires, mais le rendement est légèrement affecté; déficience légère et symptômes minimes.	<b>IMPACT MODÉRÉ</b> L'étudiant requiert un soutien modéré ou peu de mesures d'adaptation pour réussir.	<b>IMPACT GRAVE</b> Incapacité importante à répondre aux exigences scolaires, ex. : incapable de terminer certains travaux, incapable de passer certains tests ou examens.
<b>S'ORIENTER SUR LE CAMPUS DE FAÇON AUTONOME</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>ÉQUILIBRE OU COORDINATION</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>SENSIBILITÉ À LA LUMIÈRE OU AU BRUIT</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>VIGILANCE</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>ATTENTION ET CONCENTRATION</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>TRAITEMENT DE L'INFORMATION</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>GESTION DES DISTRACTIONS INTERNES</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>GESTION DES DISTRACTIONS EXTERNES</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>PARTICIPATION EN CLASSE</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>AUTRES</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	

**Service d'accommodements scolaires**

100 Marie-Curie Privé, Suite 408, Ottawa ON K1N 9N3  
 Téléphone : 613.562.5976 | Télécopie : 613-562-5159 | adapt@uOttawa.ca



**CHARGE DE TRAVAIL SCHOLAIRE**

**PREMIER CYCLE :** En règle générale, un minimum de 4 cours par trimestre est considéré comme une charge de cours à temps plein.

**ÉTUDES SUPÉRIEURES :** En règle générale, un minimum de 2 cours par trimestre est considéré comme une charge de cours à temps plein.

**1. SELON VOTRE OPINION PROFESSIONNELLE, ÊTES-VOUS D'AVIS QUE L'ÉTUDIANT EST EN MESURE DE MAINTENIR UNE CHARGE DE COURS DE :**

5 COURS OU PLUS? OUI NON | 4 COURS (CHARGE DE COURS RÉDUITE À TEMPS PLEIN)? OUI NON | 2 OU 3 COURS? OUI NON

**2. SELON VOTRE OPINION PROFESSIONNELLE, ÊTES-VOUS D'AVIS QUE L'ÉTUDIANT EST EN MESURE DE SUIVRE DES COURS UNIVERSITAIRES TOUT EN ADHÉRANT AU PLAN DE TRAITEMENT ET EN AYANT DU SOUTIEN SCOLAIRE EN PLACE?**

OUI NON

**RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES**

VEUILLEZ FOURNIR TOUT RENSEIGNEMENT SUPPLÉMENTAIRE QUI POURRAIT NOUS AIDER À APPUYER L'ÉTUDIANT.

**VÉRIFICATION DU MÉDECIN ÉVALUANT L'ÉTUDIANT**

VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE DE PRATICIEN :

OPHTALMOLOGISTE OPTOMÉTRISTE SPÉCIALISTE EN BASSE VISION MÉDECIN DE FAMILLE OTORHINOLARYNGOLOGISTE  
 AUDIOLOGISTE AUTRES :

Je fournis les renseignements ci-dessus aux fins d'évaluation de mesures d'adaptation scolaire par l'Université, le cas échéant. **Je comprends que l'Université pourrait communiquer avec moi afin de vérifier ces renseignements**, mais ne serai pas tenu de fournir de renseignements supplémentaires sans le consentement de l'étudiant.

NOM ORDRE / NUMÉRO DE PERMIS

ADRESSE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR

TAMPON (SI DISPONIBLE) :

SIGNATURE

DATE

**Note: Il incombe à l'étudiant de payer les frais de préparation de ce certificat.**

Les renseignements personnels sur ce formulaire sont recueillis en vertu de l'autorité de la Loi de l'Université d'Ottawa, S.O. 1965, C.137. Les renseignements personnels seront protégés en tout temps en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Si vous avez des questions concernant la collecte de renseignements, veuillez [communiquer avec le Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée](#).

**Service d'accommodements scolaires**

100 Marie-Curie Privé, Suite 408, Ottawa ON K1N 9N3  
 Téléphone : 613.562.5976 | Télécopie : 613-562-5159 | [adapt@uOttawa.ca](mailto:adapt@uOttawa.ca)

