# CEGEP_Services_adaptes.tif

# FORMULAIRE DE DÉPISTAGE

Pour les troubles d’apprentissage

**(Bien noter que les Services adaptés ne traitent pas ces demandes en priorité et ne font pas d’évaluations diagnostiques. Pour obtenir des services plus rapidement, nous vous invitons à débuter les démarches pour obtenir un diagnostic auprès d’un professionnel reconnu)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Complétez en entier | | | | |
| **Date :** Cliquez ici pour entrer une date.  **Nom :**  **# du Programme :**  **Téléphone résidence :** | | **# d’étudiant :**  **Prénom :**  **Courriel le plus utilisé :**  **Téléphone cellulaire :** | | |
| 1. **Résumé de vos difficultés :** | | | | |
| 1. **Recommandé par (enseignant, API, etc.), indiquez son nom:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1. **Avez-vous déjà été diagnostiqué ?**   **Oui[[1]](#endnote-1)** Non | | | **i *Si oui, joignez-en une copie à ce questionnaire (Obligatoire)*** | |
| 1. **Avez-vous fait l’Épreuve uniforme de français? :** Oui Non | | | | Réussie ou échouée? : |
| 1. **Êtes-vous sous engagement (contrat)?**  Commentaire : | | | | |
| 1. **Nom de l’API :** | | | | |
| **LIMITATIONS FONCTIONNELLES : ÉTUDIANT** | | | | |
| **1. Avez-vous reçu des services en lien avec vos difficultés? Si oui, lesquels (orthopédagogue, etc.)?** | | | | |
| **Études au primaire** | | | | |
| **Échecs scolaires**  **2. Au primaire, avez-vous doublé une année? Si oui, laquelle?**  Non  Oui |  | | | |
| **Études au secondaire** | | | | |
| **Échecs scolaires**  **3. Avez-vous eu des échecs au secondaire?**  Non  Oui  **Si oui, précisez** |  | | | |
| **Études au collégial** | | | | |
| **3. a) Avez-vous eu recours à un ou plusieurs des services suivants?** | | | | |
| Centre d’aide en français  Suivi  Ponctuel | | | | |
| Centre d’aide en anglais  Suivi  Ponctuel | | | | |
| Service d’orientation ou de psychologie | | | | |
| Autres :      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1. **Indiquez le nombre d’heures accordées aux items suivants par semaine.**   heures de **cours**  heures d’**études**  heures de **travail rémunéré** | | | | |
| **Santé / Antécédents** | | | | |
| 1. a) Avez-vous une bonne vue? Oui  Non   b) Avez-vous une bonne audition? Oui  Non  c) Souffrez-vous d’un problème physique pouvant nuire à vos cours d’éducation physique ou à vos autres cours?  Non  Oui  Si oui, expliquez : \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  d) Quelqu’un de votre famille immédiate a-t-il eu un diagnostic de trouble d’apprentissage? Oui Non   * + - Qui? (lien de parenté) \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     - Quel diagnostique? \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   e) Avez-vous un médecin de famille? Oui  Non   * Si oui, quel est son nom? \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **COMMENTAIRES :** | | | | |
| Détails pouvant aider à l’étude du dossier : | | | | |

**SVP, RETOURNER PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE, À :** [**servicesadaptes@cegepsherbrooke.qc.ca**](mailto:servicesadaptes@cegepsherbrooke.qc.ca)

Nous vous contacterons par MIO dès que possible pour vous informer de la décision des Services adaptés concernant une rencontre de préévaluation.

1. [↑](#endnote-ref-1)