# 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**

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)