SERVICES ADAPTÉS

formulaire d’évaluation de besoins

pour les personnes étudiantes avec diagnostic et/ou plan d’intervention d’un établissement scolaire

Date à laquelle ce formulaire a été remis aux Services adaptés : Cliquez pour entrer une date

**UNE PREUVE DIAGNOSTIQUE SIGNÉE PAR UN MÉDECIN OU UN SPÉCIALISTE ET, S’IL Y A LIEU, UN PLAN D’INTERVENTION DU SECONDAIRE DOIVENT NOUS ÊTRE FOURNIS**

Coordonnées et informations de la personne étudiante

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom : Cliquez ici | |
| Pronoms utilisés : Cliquez ici | Numéro d’étudiant :Cliquez ici |
| Téléphone résidence : Cliquez ici | Cellulaire :Cliquez ici |
| Courriel le plus utilisé : Cliquez ici | Nom du programme : Cliquez ici |

diagnostic et suivi médical

|  |
| --- |
| 1. Quel est votre diagnostic ou vos diagnostics? Cliquez ici pour entrer du texte. |
| 1. Avez-vous un médecin de famille?   Oui  Non  Si oui, indiquez son nom complet : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| 1. Avez-vous un suivi avec un autre professionnel de la santé?   Oui  Non  Si oui, indiquez son nom complet et son titre : Cliquez ici pour entrer du texte. |

**Plan d’intervention antérieur**

|  |
| --- |
| **Avez-vous déjà eu des mesures adaptatives au secondaire ou dans un autre établissement d’enseignement?**  Oui  Non  **Je vous autorise à contacter la personne responsable de mon plan d’intervention le plus récent**  Oui  Non  **Merci de nous faire parvenir le ou les plans d’intervention(s), le cas échéant.** |

Je comprends qu’à défaut de fournir ma preuve diagnostique, mon dossier sera jugé incomplet

Veuillez retourner ce formulaire et tout autre document pertinent à l’analyse de votre dossier par courriel au [servicesadaptes@cegepsherbrooke.qc.ca](mailto:servicesadaptes@cegepsherbrooke.qc.ca) ou en personne au local 2-31-204.