

Demande d'information médicale
Request for medical information

Condition médicale

Medical Condition

Mobilité réduite

Mobility Impairment

Limitation sensorielle

Sensory impairment

Trouble déficitaire de l'attention (TDA)

ADD/ADHD

Autorisation de l'étudiant pour la divulgation de ses informations

Je, _____, ai besoin d'une confirmation écrite de ma limitation, afin que je
(Nom de l'étudiant)
puisse bénéficier du Service d'appui et d'adaptations de La Cité. Toute information sera traitée avec confidentialité et servira à déterminer et mettre en place mes adaptations.

Signature du patient : _____ Date : _____

Student Release of Information

I, _____, require a written statement confirming my functional limitation in
(Student's name)
order to access the Service d'appui et d'adaptations (Support and Accommodations Services) of college La Cité. All information will be treated as confidential and used solely for the assessment and administration of academic accommodations.

Patient's signature: _____ Date: _____

En lettres moulées S.V.P / Please print

Nom du patient / Patient's Name: _____

Date de naissance du patient : Patient's Date of Birth: _____
AAAA/YYYY M/M JJ/DD

À remplir par le professionnel de la santé réglementé
To be completed by the registered health professional

Voyez-vous cette personne sur une base régulière? *Is this person a regular patient of yours?*

Oui / Yes

Non/ No

A quelle fréquence avez-vous rencontré votre patient durant les deux dernières années? *How frequently have you met this patient in the past two years?*

Veillez indiquer le **diagnostic** spécifique du patient : _____

Cet étudiant a un handicap permanent dont les symptômes sont continus OU épisodiques.

Cet étudiant a un handicap temporaire dont les symptômes sont continus OU épisodiques.

Suivi prévu pour déterminer s'il y a lieu d'émettre un diagnostic.

*Please indicate the patient's specific **diagnosis**:* _____

This student has a permanent disability with symptoms that are continuous OR episodic.

This student has a temporary disability with symptoms that are continuous OR episodic.

I am monitoring this student's condition to determine a diagnosis.

Veillez indiquer la date de début de la limitation : _____

Please indicate the date of onset: _____
AAAA/YYYY M/M JJ/DD

Ce patient reçoit-il un traitement régulier? *Does this patient receive regular treatment?*

Thérapie – noter la fréquence / *Therapy - note frequency*

Médicament(s) – nom et posologie / *Medication(s) - name and dosage*

Nom du patient / Patient's name :

D.D.N. / D.O.B. :

Veillez décrire, au besoin, les effets de la limitation et des médicaments sur la vie académique du patient :
Please describe the impact of both the patient's condition and prescribed medication (if applicable) on academic life:

Selon vous, quels sont les facteurs spécifiques qui pourraient nuire au rendement académique de cette personne? *In your opinion, what specific factors might adversely affect this person's academic performance?*

Avec la permission de votre patient, seriez-vous disposé à communiquer avec un conseiller du Service d'appui et d'adaptations de La Cité collégiale, si nécessaire? *With your patient's permission, are you willing to speak with a Counsellor from the Service d'appui et d'adaptations (Support and Accommodations Services) of La Cité collégiale, if necessary?*

Oui / Yes

Non / No

Quelles adaptations académiques recommanderiez-vous pour aider cette personne à réussir ses études collégiales? *What academic accommodations would you recommend to address the impact of your patient's condition in the learning environment?*

Charge de cours allégée / *Reduced course load*

Temps supplémentaire pour les travaux et examens / *Extra time for projects, written assignments and exams*

Lecteur et/ou scribe pendant les examens / *Reader and/or scribe for exams*

Preneurs de notes manuelles / *Note Taker*

Pauses fréquentes / *Frequent breaks*

Accès à l'ascenseur / *Access to elevators*

Autre (spécifier) / *Other (please specify):*

Mesures d'adaptations scolaires intérimaires nécessaires du (date) _____ au _____ (Mise à jour de documentation requise après cette date)

Interim academic accommodations to be provided from _____ until _____ (Updated documentation required after this date)

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

(En lettres moulées S.V.P)

Je, _____, suis médecin, psychologue, psychiatre ou autre professionnel de la santé agréé et confirme que ce rapport contient le(s) diagnostic(s) et mes opinions professionnelles relatifs à cet étudiant.

Adresse : _____ Téléphone : _____

Numéro d'immatriculation ou de membre: _____

Signature : _____

Date : _____

PROFESSIONAL'S SIGNATURE

(Please print)

I, _____ am a physician, psychologist, psychiatrist, or other registered health professional and this report contains my findings and considered opinion at this time.

Address: _____ Telephone: _____

Licence or registration number: _____

Signature: _____

Date: _____

Acheminez s.v.p. à (*Please return to*) : La Cité
Service d'appui et d'adaptations
801, promenade de l'Aviation,
Pavillon C, pièce C 1030
Ottawa (Ontario) K1K 4R3
Télécopieur (Fax) : (613) 742-2463