

**Mobilité réduite**  
*Mobility impairment*

**Médical**  
*Medical*

**Trouble du spectre autistique (TSA)**  
*Autistic spectrum disorder (ASD)*

**Trouble déficitaire de l'attention (TDA)**  
*ADD/ADHD*

**Condition psychologique / psychiatrique**  
*Mental health*

**Autorisation de l'étudiant pour la divulgation de ses informations**

Je, \_\_\_\_\_, ai besoin d'une confirmation écrite de votre part, afin de déterminer si j'accède aux  
(Nom de l'étudiant)  
accommodements méthodologiques. Sans ces accommodements, je ne pourrai accomplir mes études collégiales.

Toute information sera traitée et utilisée avec confidentialité pour les évaluations et l'administration des accommodements méthodologiques.

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Student Release of Information**

I, \_\_\_\_\_, require a written statement from you in order to be eligible for  
(Student's name)  
academic accommodations. Without accommodations, I will be unable to perform the tasks of the academic program.

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: \_\_\_\_\_  
MM JJ/DD AAAA/YYYY

**À être complété par le médecin, le psychiatre ou le psychologue**  
**To be completed by attending physician, psychiatrist or psychologist**

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

Oui / Yes

Non/ No

Avez-vous rencontré votre patient régulièrement ces deux dernières années? How frequently have you met this patient in the past two years?

Veillez indiquer le diagnostic spécifique du patient / Please indicate the patient's specific diagnosis:

Veillez indiquer la date de début de la limitation : \_\_\_\_\_  
Please indicate the date of onset: MM JJ/DD AAAA/YYYY

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

Veillez décrire, au besoin, l'effet 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 affecter la performance 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 le Service des Besoins spéciaux de La Cité collégiale si nécessaire? *With your patient's permission, are you willing to speak with a Consultant of the Special Needs Services of La Cité collégiale if necessary?*

Oui / *Yes*

Non / *No*

Quels d'accommodements 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 homework 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 ):*

### **Certificat du médecin, du psychologue ou du psychiatre**

En lettres moulées S.V.P

Je, \_\_\_\_\_, suis médecin, psychologue, psychiatre légalement qualifié et confirme que ce rapport contient mes évaluations et réflexions à ce moment.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### ***Certificate of Attending Physician, Psychologist or Psychiatrist***

( Please Print )

I, \_\_\_\_\_ am a legally qualified, physician, psychologist, psychiatrist, and this report contains my findings and considered opinion at this time.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

L'emploi du masculin comprend l'équivalent féminin et est utilisé dans le but d'alléger le texte.

Acheminer au (Please return to) :

Service des Besoins spéciaux  
La Cité collégiale  
801, promenade de l'Aviation  
Ottawa (Ontario) K1K 4R3  
Télécopieur (Fax) : (613) 742-2463

**S.V.P. RETOURNER LE FORMULAIRE PAR COURRIER OU TÉLÉCOPIEUR SEULEMENT**