

**DEMANDE RELATIVE À L'INTÉGRATION DES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE LIMITATION(S)
FONCTIONNELLE(S) ET DE BESOINS EN MATIÈRE D'APPRENTISSAGE**

Ce formulaire doit être rempli par tout étudiant qui dépose une demande auprès de l'École du Barreau pour obtenir des mesures d'adaptation scolaire.

Le présent formulaire ainsi que les pièces justificatives requises à l'appui de la demande, telles que décrites à l'annexe 1 – Documents requis de la Procédure de mise en application de la Politique, doivent être déposés au moins **quatre semaines avant la tenue de l'évaluation**, sauf circonstances exceptionnelles.

Les documents doivent être transmis au superviseur du centre de formation.

Les informations contenues dans ce formulaire sont strictement confidentielles.

Votre identité (les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires)

Numéro d'intervenant* : _____

Prénom* : _____

Nom* : _____

Adresse électronique* : _____

Numéro de téléphone : _____

Inscription* : Session d'automne

Session d'hiver

Information sur votre situation

SVP cocher une ou plusieurs cases en choisissant celle(s) qui décrit(vent) le mieux votre situation :

Trouble d'apprentissage

Déficiência visuelle

TDA(H)

Déficiência motrice

Trouble du spectre de l'autisme

Déficiência auditive

Trouble de santé mentale

Limitation médicale

Trouble de langage et de la parole

Mesures d'adaptation scolaire à l'université

Est-ce que vous avez eu des mesures d'adaptation scolaire à l'université? OUI NON

Si oui, cocher celles dont vous avez bénéficié :

Temps supplémentaire pour les examens

Précisez le temps additionnel accordé : _____

Pause en temps arrêté

Utilisation d'un ordinateur pour les examens

Logiciel particulier : _____

Local en groupe restreint

Autre(s)

Précisez : _____

Nom de l'université où vous avez bénéficié de mesures d'adaptation : _____

Mesures d'adaptation demandées à l'École du Barreau

Veuillez préciser :

Temps supplémentaire pour les examens

Précisez le temps additionnel demandé : _____

Utilisation d'un ordinateur pour les examens

Logiciel particulier : _____

Local en groupe restreint

Autre(s)

Précisez : _____

Je confirme avoir pris connaissance et comprendre la portée de la Politique relative à l'intégration des étudiants de l'École du Barreau en situation de limitation(s) fonctionnelle(s) et de besoins en matière d'apprentissage et de la Procédure de mise en application de la Politique relative à l'intégration des étudiants de l'École du Barreau en situation de limitation(s) fonctionnelle(s) et de besoins en matière d'apprentissage.

J'autorise le coordonnateur aux services aux étudiants à consulter toute instance concernée (notamment l'université, le professionnel de la santé, l'expert) et à faire toutes les vérifications nécessaires à l'étude et à l'analyse de ma demande.

J'autorise mon superviseur de centre et le coordonnateur aux services aux étudiants à communiquer avec moi par courriel relativement à la présente demande.

NOM EN LETTRES MOULÉES : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____ 20____