



## SARCA

### DEMANDE DE SERVICES ADAPTÉS

Les mesures d'adaptation pour soutenir les apprentissages de la clientèle ayant des besoins particuliers en formation générale des adultes (FGA) et en formation professionnelle (FP). Les adultes ayant besoin de mesures d'adaptation durant la formation doivent **prendre rendez-vous avec la personne conseillère responsable du programme ou avec les SARCA** au moment de la demande d'admission.

« Il est à noter que les mesures autorisées à la formation générale des jeunes ne le sont pas automatiquement à la formation générale des adultes et à la formation professionnelle. Les décisions doivent toujours être prises dans le meilleur intérêt de l'élève appelé à exercer son rôle de citoyen de manière autonome et responsable. » MEES. *Guide de Gestion Édition 2015 – Sanction des études et épreuves ministérielles* (chap. 5). 195 p.

#### IDENTIFICATION

Nom :	Prénom :
Code permanent :	Date de naissance :
Tél. :	Courriel :
Adresse :	Code postal :
Programme d'études choisi :	

#### LIMITATION OU DIAGNOSTIC À SIGNALER

<input type="checkbox"/> Auditive	<b>Nom et description sommaire du diagnostic :</b>
<input type="checkbox"/> Visuelle	
<input type="checkbox"/> Déficience motrice	
<input type="checkbox"/> Neurologique	
<input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage	
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale	
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme	
<input type="checkbox"/> Autre diagnostic	

#### SERVICES DEMANDÉS OU SOUHAITÉS, selon les ressources disponibles

----------------------

JE SOUHAITE RENCONTRER UNE PERSONNE CONSEILLÈRE

OUI  NON **RAPPORT D'ÉVALUATION CONFIRMANT LE DIAGNOSTIC**

<input type="checkbox"/> Oui : _____ (Date de l'évaluation)	<input type="checkbox"/> En attente d'évaluation
<input type="checkbox"/> Non	Commentaires :

**PLAN D'INTERVENTION (P.I.) ANTÉRIEUR, S'IL Y A LIEU**

<input type="checkbox"/> Oui : _____ (Date du plan)	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, merci de nous fournir une copie s.v.p.	

**CERTIFICAT MÉDICAL, S'IL Y A LIEU**

<input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, merci de nous fournir une copie s.v.p.	

**POUR JOINDRE LES SARCA : TÉL. 514.380.8899**

<b>SARCA LA PRAIRIE</b> : 399, rue Conrad-Pelletier, La Prairie - J5R 4V1	<b>poste 7412</b>
<b>SARCA CHÂTEAUGUAY</b> : 225, boulevard Brisebois, Châteauguay - J6K 3X4	<b>poste 4884</b>

**AUTORISATION**

Je consens à la transmission de renseignements personnels y compris les évaluations sous la supervision d'un médecin, praticien, psychologue ou représentant désigné pour aider la Direction de la sanction des études à évaluer ma demande. La Direction ne communiquera ces renseignements à personne sans mon consentement écrit.

**Signature de l'élève** : \_\_\_\_\_ **Date** : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

**\* Si vous avez moins de 18 ans, veuillez compléter les renseignements suivants :**

**Signature des parents ou répondant(e)** : \_\_\_\_\_ **Date** : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Merci de remettre ce formulaire lors de votre admission en FGA ou en FP ainsi que les documents nécessaires.