UNIVERSITÉ BISHOP'S UNIVERSITY
STUDENT SERVICES
SERVICES AUX ÉTUDIANTS
2600 College, Sherbrooke, Québec, Canada J1M 1Z7
T 819 822 9600 • ubishops.ca

Medical Certificate
Disability Verification Form

2023-2024

Student Information

Last name:

First name:

Date of birth:

Note: This certificate will be used to determine the accommodations that your patient or client will require in the post-secondary educational environment. Please fill out each section with as much detail as possible.

This form is to be filled out by a registered professional (medical doctor or recognized specialist).

1. Physician or registered professional

Last name: _____ License # _____

First name: _____ Phone number: _____

Specialty

- ☐ Audiologist
- ☐ Chiropractor
- ☐ Neurologist
- ☐ Occupational Therapist
- ☐ Optometrist
- ☐ Physician - family
- ☐ Physician - psychiatrist
- ☐ Physiotherapist
- ☐ Psychologist or Neuropsychologist
- ☐ Social Worker
- ☐ Rheumatologist

Other - please specify: _____

2. Diagnosis:

☐ **Physical/Mobility Impairment:** _____

Limitations: _____

☐ **Visual Impairment**: _____

Limitations: _____

Visual acuity: _____ Visual field: _____

☐ **Hearing Impairment:** _____

☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe ☐ Congenital ☐ Profound

Does the patient require hearing aids? ☐ Yes ☐ No

Does the patient require amplification devices in an educational setting? ☐ Yes ☐ No

☐ **Speech/Language Impairment:** _____

Limitations: _____

☐ **Brain Injury:** _____ Date of injury: _____

Limitations: _____

☐ **Pervasive Developmental Disorder** (Please indicate DSM criteria): _____

Limitations: _____

☐ **Mental Health Disorder** (Please indicate DSM criteria): _____

Limitations: _____

UNIVERSITÉ BISHOP'S UNIVERSITY
STUDENT SERVICES
SERVICES AUX ÉTUDIANTS
2600 College, Sherbrooke, Québec, Canada J1M 1Z7
T 819 822 9600 • ubishops.ca

☐ **Attention deficit/hyperactivity Disorder:** _____

Psycho-educational or neuropsychological assessment completed? ☐ Yes (please attach copy) ☐ No ☐ Unknown

Limitations: _____

☐ **Other (please specify):** _____

_____

4. Recommended Supports

Please indicate academic recommendations for each diagnosis: _____

_____

_____

☐ The patient is advised to take a reduced course load

☐ The patient requires specialized computer equipment and/or software, and/or ergonomic furniture in order to participate in postsecondary education. Please specify: _____

☐ The patient requires specialized services such as tutoring, note taking, counselling, and/or transportation in order to participate in postsecondary education. Please specify: _____

5. Medication

Is the patient currently taking any prescribed medications? ☐ Yes ☐ No

If yes, please indicate any side effects (alertness, concentration, nausea) that may affect the patient's participation in an educational environment: _____

_____

6. Permanence of disability

☐ The patient's disability (or disabilities) is **TEMPORARY**

Please indicate the anticipated duration of disability: _____

☐ The patient's disability (or disabilities) is **PERMANENT** with ongoing, (chronic or episodic) symptoms that will restrict their ability to perform the daily activities necessary to fully participate in postsecondary studies, labour force, and the disability is expected to remain for their lifetime.

I certify that the information provided on this form is accurate and the patient identified above experiences the disability-related educational barrier(s) indicated.

Signature: _____ **Date:** _____

Please affix official stamp of facility name and address. *Note: If you do not have an office stamp, please sign and attach your letterhead to this form*

UNIVERSITÉ BISHOP'S UNIVERSITY
STUDENT SERVICES
SERVICES AUX ÉTUDIANTS
2600 College, Sherbrooke, Québec, Canada J1M 1Z7
T 819 822 9600 • ubishops.ca

Certificat médical

Formulaire d'attestation du handicap

2023-2024

Coordonnées de l'étudiant

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Remarque : Le présent certificat sera utilisé pour déterminer les mesures d'adaptation à mettre en place dans le cadre des études postsecondaires de votre patient ou client. Veuillez remplir chaque section en donnant le plus de précisions possible.

Ce formulaire doit être rempli par un professionnel autorisé (médecin ou spécialiste reconnu).

1. Médecin ou professionnel autorisé

Nom de famille : _____ N° de permis : _____

Prénom : _____ N° de téléphone : _____

Spécialité

- ☐ Audiologiste
- ☐ Chiropraticien
- ☐ Neurologue
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Optométriste
- ☐ Médecin de famille
- ☐ Médecin psychiatre
- ☐ Physiothérapeute
- ☐ Psychologue ou neuropsychologue
- ☐ Travailleur social
- ☐ Rhumatologue

Autre (veuillez préciser) : _____

2. Diagnostic :

☐ **Déficience physique/motrice :** _____

Limitations : _____

☐ **Déficience visuelle :** _____

Limitations : _____

Acuité visuelle : _____ Champ visuel : _____

☐ **Déficience auditive :** _____

☐ Légère ☐ Modérée ☐ Grave ☐ Congénitale ☐ Profonde

Le patient a-t-il besoin d'une aide à l'audition? ☐ Oui ☐ Non

Le patient a-t-il besoin d'appareils d'amplification dans le cadre de ses études? ☐ Oui ☐ Non

☐ **Troubles de la parole ou du langage :** _____

Limitations : _____

☐ **Lésion cérébrale :** _____ Date de la blessure : _____

Limitations : _____

☐ **Trouble envahissant du développement** (veuillez indiquer les critères du DSM) : _____

Limitations : _____

☐ **Trouble mental** (veuillez indiquer les critères du DSM) : _____

Limitations : _____

UNIVERSITÉ BISHOP'S UNIVERSITY
STUDENT SERVICES
SERVICES AUX ÉTUDIANTS
2600 College, Sherbrooke, Québec, Canada J1M 1Z7
T 819 822 9600 • ubishops.ca

☐ **Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité :** _____

Une évaluation psychopédagogique ou neuropsychologique a-t-elle été réalisée? ☐ Oui (veuillez joindre une copie) ☐ Non ☐ Ne sais pas

Limitations : _____

☐ **Autre (veuillez préciser) :** _____

_____

4. Soutien recommandé

Veuillez indiquer les recommandations relatives aux études pour chaque diagnostic : _____

_____

_____

☐ Le patient devrait suivre une charge de cours réduite.

☐ Le patient a besoin de matériel informatique et/ou de logiciels spécialisés, et/ou de mobilier ergonomique dans le cadre de ses études postsecondaires. Veuillez préciser : _____

☐ Le patient a besoin de services spécialisés, comme des services de tutorat, de prise de notes, de consultation et/ou de transport dans le cadre de ses études postsecondaires. Veuillez préciser : _____

5. Médicaments

Le patient prend-il actuellement des médicaments d'ordonnance? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer tout effet secondaire (vigilance, concentration, nausée) qui pourrait nuire au patient dans le cadre de ses études postsecondaires : _____

_____

6 Permanence du handicap

☐ Le ou les handicaps du patient sont **TEMPORAIRES**.
Veuillez indiquer la durée prévue du handicap : _____

☐ Le ou les handicaps du patient sont **PERMANENTS**. Les symptômes sont constants (présence chronique ou épisodique) et restreignent l'accomplissement des activités quotidiennes nécessaires à la pleine participation aux études postsecondaires et à la vie active. Le handicap devrait durer toute la vie.

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et que le patient mentionné ci-dessus doit faire face, dans le cadre de ses études, aux obstacles indiqués en raison de son handicap.

Signature : _____ **Date :** _____

Veuillez apposer le cachet officiel comportant le nom et l'adresse de l'établissement. *Remarque : Si vous n'avez pas de cachet officiel, veuillez signer et joindre votre papier à en-tête à ce formulaire*