



Renseignements personnels

Nom	Prénom	
Sexe : Féminin Masculin	Date de naissance : / /	
Adresse	Ville	Code postal
Téléphone : Résidence () -		Cellulaire () -
Courriel	N° de candidat (OIIAQ)	

Date de fin prévue de la formation:

Cheminement scolaire

J'ai reçu un diagnostic établi par un professionnel.

Précisez :

J'ai déjà eu un plan d'intervention ou d'accompagnement durant ma formation SASI.

J'ai déjà bénéficié de mesures d'aide (Ex. : accompagnement d'un orthopédagogue et/ou d'un psychoéducateur, accès à des logiciels spécialisés, etc.)

Précisez :

Besoins particuliers

Souffrez-vous d'un handicap auquel il faut porter une attention particulière?

Oui Non

Audition

Audition

Vue

Limitations physiques. Précisez :

Autres particularités :

Si oui, précisez :

Pour compléter l'analyse de votre dossier, veuillez joindre au formulaire les documents suivants :

- Attestation médicale précisant le diagnostic;
- Plan d'intervention ou d'accompagnement mis en place au cours de la formation;
- Attestation de l'établissement d'enseignement des mesures d'aide attribuées en cours de formation.

Signature _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____