

DEMANDE DE MESURES D'ADAPTATION

Veuillez remplir ce formulaire afin que le Service d'évaluation linguistique puisse prendre connaissance de vos besoins particuliers pour la passation d'un test SEL.

Date de naissance : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Lieu de préférence pour la passation du test :

Montréal

Québec

Autre : _____

Type de test à effectuer :

Test de français écrit SEL, version B ou C (code linguistique et rédaction)

Test d'anglais écrit SEL, version B ou C (code linguistique et rédaction)

Test de français écrit SEL, version A ou E, F, G, H, I (code linguistique seulement ou rédaction)

Test d'anglais écrit SEL, version A ou E, F, G, H, I (code linguistique seulement ou rédaction)

Autre : _____

Objectif de la passation :

Embauche et promotion pour un employeur

Admission ou diplomation dans un établissement d'enseignement

Autre : _____

Type de handicap (*joindre un rapport récent d'évaluation du professionnel*)

Physique

D'apprentissage

Spectre de l'autisme

Sensoriel

Déficit de l'attention

Santé mentale

Neurologique

Parole et langage

Accommodements déjà reçus ailleurs

Accommodements demandés (selon pièces justificatives)*

****Sauf les logiciels de soutien à la correction (par ex. Antidote), car l'accommodement entre en conflit avec les compétences évaluées.***

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un local isolé. | <input type="checkbox"/> Une assistance pour la lecture des questions de l'examen par la surveillante (partie Rédaction). | <input type="checkbox"/> Une assistance pour l'écriture (un questionnaire de réponse pour la partie Code linguistique) |
| <input type="checkbox"/> L'accès à un ordinateur | | |
| <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire, spécifiez :
_____. | <input type="checkbox"/> Autres :
_____ | |

Difficultés éprouvées en lien avec les évaluations

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lecture | <input type="checkbox"/> Gestion du stress | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Écriture | <input type="checkbox"/> Concentration | |
| <input type="checkbox"/> Gestion du temps | /attention | |

Commentaires

Veillez faire parvenir ce formulaire ainsi que vos documents attestant votre diagnostic à l'adresse suivante : sel@teluq.ca

Le SEL dispose de 15 jours ouvrables pour analyser votre demande et vous transmettre une réponse par courriel.