

Certificat médical Déficiences fonctionnelles majeures et autres déficiences reconnues 2018-2019

1015 (1 de 2)

Renseignements utiles

Ce formulaire doit être rempli par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Il doit ensuite être envoyé à l'Aide financière aux études par la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle majeure ou d'une autre déficience reconnue qui fait une demande dans le cadre du Programme de prêts et bourses ou du Programme d'allocation pour des besoins particuliers.

Vu les implications financières de ce certificat médical, il est important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises et complètes. Ainsi, l'Aide financière aux études sera en mesure de prendre une décision éclairée et équitable.

S'il s'agit d'une personne atteinte d'une déficience visuelle grave, ce formulaire peut être remplacé par une copie de sa carte de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), une attestation délivrée par un centre de basse vision ou un document attestant qu'elle est aveugle.

Ce formulaire ne s'adresse pas à la personne temporairement incapable de poursuivre des études à temps plein en raison d'un trouble grave à caractère épisodique résultant d'un problème de santé mentale ou physique majeur et permanent. Pour demeurer admissible au Programme de prêts et bourses même si elle poursuit ses études à temps partiel, cette personne doit se procurer le formulaire Attestation médicale confirmant un trouble grave de santé au bureau d'aide financière de son établissement d'enseignement.

Section 1 — Identité de l'étudiante ou de l'étudiant	
Nom	
Prénom Date de naissance	Code permanent attribué par le Ministère

Section 2 – Identité du médecin généraliste ou du médecin spécialiste	
Nom	Numéro du permis d'exercice
Prénom Numéro de téléphone Ind. rég.	Numéro de télécopieur
Profession: Adresse du cabinet:	
Nanosoo da dasmor.	

La déficience est : Temporaire Permanente		
Pouvez-vous affirmer que la déficience dont est atteinte cette personne entraîne, malgré les appareils, les médicaments ou les soins thérapeutiques, des limitations significatives et persistantes dans :		
- la poursuite des études à temps plein?		
· la capacité à rembourser un prêt?		
Précisez :		
ndiquez la date où ces limitations significatives et persistantes ont débuté		
De quelle déficience la personne est-elle atteinte ?		
Cochez une réponse pour chacune des catégories indiquées ci-après. En cochant «Oui» dans le cas des quatre premières, vous reconnaissez que l'étudiante ou l'étudiant présente une déficience qui entraine des limitations significatives et persistantes dans la coursuite de ses études et dans la capacité à rembourser un prêt, ce qui la ou le rend admissible notamment à une aide financière entièrement sous forme de bourse.		
Déficiences fonctionnelles majeures		
1-Déficience visuelle grave L'acuité visuelle de chaque oeil, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4.00 dioptries, est d'au plus 6/21, ou le champ de vision de chaque oeil est inférieur à 60°, dans les méridiens 180° et 90°, et, dans l'un ou l'autre cas, la personne est inapte à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familier.	☐ Oui	□ No
2-Déficience auditive grave L'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 70 décibels, en conduction aérienne, sur la moyenne des fréquences hertziennes 500, 1 000 et 2 000. Dans ce cas, vous devez joindre à ce formulaire un audiogramme.	☐ Oui	□ No
8-Déficience organique Trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien. Cochez « Oui » uniquement si la déficience touche directement le fonctionnement du groupe d'organes impliqué (coeur-poumons, estomac-intestins, glandes endocrines). Veuillez indiquer le groupe d'organes dont le fonctionnement est touché par cette déficience :	☐ Oui	☐ No
1-Déficience motrice Perte, malformation ou anomalie des systèmes squelettique, musculaire ou neurologique responsable de la motricité du corps.	Oui	☐ No
5-Autres (Avant de cocher, vérifier si la déficience est mentionnée plus bas dans la catégorie Autres déficiences reconnues.) Précisez:	Oui	□ No
Autres déficiences reconnues dans le cadre du Programme d'allocation pour des besoins		
particuliers (PABP)	Oui	☐ Noi
Déficience du langage et de la parole Paralysie affectant un seul membre	Oui	☐ Noi
Parésie affectant un ou plusieurs membres	Oui	☐ Noi
Capacité auditive dont le niveau minimal se situe à 25 décibels Dans ce cas, vous devez joindre à ce formulaire un audiogramme.)	Oui	☐ No
1 - Quel est le diagnostic?		
P - Indiquez la date du diagnostic (obligatoire)		
astian A. Sinnatura du mádasin		
ection 4 – Signature du medecin		
ection 4 – Signature du medecin		
ection 4 — Signature du médecin Date Signature X	Α Ι	м ,