

Le présent formulaire sert à attester que la personne aux études a une **déficiences permanentes, physique ou mentale, entraînant une incapacité significative et persistante qui l'amène à rencontrer des obstacles importants** dans la poursuite de ses études à temps plein ou dans son intégration éventuelle au marché du travail. Lors de son évaluation, à la section 3, la ou le médecin ou la professionnelle ou le professionnel de la santé doit prendre en considération les moyens utilisés pour pallier l'incapacité.

Nous vous invitons à nous transmettre ce formulaire dûment rempli en le déposant directement dans votre dossier d'aide financière aux études. Vous trouverez la procédure de dépôt en consultant notre site Web.

Renseignements importants

Ce formulaire doit être rempli dans le cadre d'une demande au **Programme de prêts et bourses** ou au **Programme d'allocation pour des besoins particuliers**.

Programme de prêts et bourses

Les sections 1, 2, 3 et 4 doivent être remplies.

La personne aux études peut bénéficier, selon le cas et à certaines conditions, des mesures d'accommodement ci-dessous :

- **Obtention d'une aide financière entièrement sous forme de bourse** si la personne rencontre des obstacles importants dans son intégration éventuelle au marché du travail à temps plein ou à temps partiel pour le reste de sa vie en raison de son handicap (section 3A, question 1);
- **Possibilité de recevoir une aide financière entre deux périodes d'études**, généralement pendant l'été, si la personne n'est pas aux études ni en mesure de travailler pour subvenir à ses besoins pendant cette période, en raison de son handicap (section 3A, question 2);
- **Maintien de l'admissibilité au Programme de prêts et bourses** même si la personne étudie à temps partiel parce qu'elle est dans l'incapacité de poursuivre des études à temps plein, en raison de son handicap (section 3B, questions 1 et 2).

Programme d'allocation pour des besoins particuliers

Les sections 1, 2 et 4 doivent être remplies.

La personne aux études peut obtenir, selon le cas et à certaines conditions, une aide financière pour les services spécialisés, les ressources matérielles, l'allocation-logement et le transport adapté dont elle a besoin pour compenser les effets de sa déficiences afin de poursuivre ses études.

Pour les autres besoins liés aux études

La personne doit s'adresser à son établissement d'enseignement (Ex. : avoir plus de temps pour passer ses examens ou pouvoir le faire dans une salle séparée).

Informations pour la personne aux études

Les sections 1 et 4 doivent être remplies par la personne aux études.

De plus, si un diagnostic a déjà été posé, veuillez joindre une copie du certificat médical ou un autre document qui confirme ce diagnostic. Il peut s'agir, par exemple, d'une copie de la carte de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) ou d'un audiogramme.

Si la ou le médecin ou la professionnelle ou le professionnel de la santé indique que vous ne pourrez poursuivre des études à temps plein pour le reste de votre vie, vous n'aurez pas à fournir de nouveau le présent formulaire si vous poursuivez vos études.

À noter que les signatures électroniques ne sont pas acceptées.

Informations pour la ou le médecin ou la professionnelle ou le professionnel de la santé

La section 2 (Reconnaissance de la déficiences) doit être remplie uniquement par une ou un médecin ou être accompagnée d'un document qui confirme le diagnostic.

La section 3 (Évaluation des incapacités et des obstacles) peut être remplie par une ou un médecin ou par une professionnelle ou un professionnel au sens du Code des professions (RLRQ, chapitre C-26) qui a les compétences requises pour effectuer l'évaluation demandée.

À noter que les signatures électroniques ne sont pas acceptées.

Nom

Prénom

Date de naissance

Code permanent attribué par le Ministère

Cette section doit être remplie par la ou le médecin.

Quel est le diagnostic?

La déficience est : ☐ Permanente ☐ Temporaire

Nom

Numéro du permis d'exercice

Prénom

Numéro de téléphone

Ind. rég.

Numéro de télécopieur

Ind. rég.

Profession :

Adresse du cabinet :

En tant que médecin, j'atteste que les renseignements fournis à la section 2 sont exacts et complets.

Signature **X**

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave

Date _____

Cette section peut être remplie par une ou un médecin ou par une professionnelle ou un professionnel au sens du **Code des professions** qui a les compétences requises pour effectuer l'évaluation demandée. Par exemple, pour l'évaluation des fonctions mentales, il peut s'agir d'une ou un médecin, d'une ou un psychologue ou encore d'une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé en santé mentale. L'évaluation visuelle pourrait quant à elle être réalisée par une ou un optométriste.

Pouvez-vous affirmer que, malgré les moyens techniques, la médication, la thérapie, ou tout autre élément permettant de corriger ou d'atténuer l'incapacité, la déficience dont est atteinte cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes qui l'amènent à rencontrer des obstacles importants dans son intégration éventuelle au marché du travail à temps plein ou à temps partiel :

1. Pour le reste de sa vie ? ☐ Oui ☐ Non
2. Pendant la période d'été ou entre deux périodes d'études ? ☐ Oui ☐ Non

Détails, s'il y a lieu :

Date _____

Indiquez la date où ces limitations significatives et persistantes ont débuté (obligatoire) :

B – Poursuite des études à temps plein

Pouvez-vous affirmer que, malgré les moyens techniques, la médication, la thérapie, ou tout autre élément permettant de corriger ou d'atténuer l'incapacité, la déficience dont est atteinte cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes qui rendent impossible la poursuite à temps plein de ses études secondaires en formation professionnelle ou de ses études postsecondaires :

1. Pour le reste de sa vie ? ☐ Oui ☐ Non
2. Pendant l'année scolaire 2024-2025? ☐ Oui ☐ Non

Détails, s'il y a lieu :

Indiquez la date où ces limitations significatives et persistantes ont débuté (obligatoire) :

Date
A M J

Identité de la ou du médecin ou de la professionnelle ou du professionnel

Nom	Numéro du permis d'exercice

Prénom _____ Numéro de téléphone _____ Ind. rég. _____
 _____ Ind. rég. _____ Numéro de télécopieur _____
 _____ Ind. rég. _____

Profession :

Adresse du cabinet :

Signature de la ou du médecin ou de la professionnelle ou du professionnel qui a rempli la section 3.

En tant que médecin, professionnelle ou professionnel de la santé, j'atteste que les renseignements fournis à la section 3 sont exacts et complets

Signature **X** _____ Date _____ A _____ M _____ J _____

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave

Section 4 – Autorisation de la personne aux études

Par la présente, j'autorise la ou le médecin ou la professionnelle ou le professionnel de la santé à fournir au ministère de l'Enseignement supérieur toute information concernant mon état de santé physique ou mentale actuel ou antérieur.

Signature **X** _____ Date _____ A _____ M _____ J _____

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave