

Vous devez utiliser le présent formulaire si vous souhaitez que l'on vous considère comme une personne aux études à temps plein dans le cadre du programme de bourses Perspective Québec. **Remplissez uniquement la ou les parties qui s'appliquent à votre situation.**

Cette partie doit être remplie par la personne qui **était enceinte d'au moins 20 semaines pendant sa session d'études.**

Section 1 – Renseignements sur la personne aux études

Nom

Code permanent attribué par le Ministère

Prénom

Date de naissance

A M J

Session d'études visée par la déclaration

☐

Automne 2025

☐

Hiver 2026

☐

Été 2026

Section 2 – Attestation de grossesse

Faites remplir les champs suivants par la personne qui assure le suivi de votre grossesse (médecin, infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé, membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec).

☐

Médecin

☐

Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé

☐

Membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone

Ind. rég.

Poste

Numéro du permis d'exercice :

Adresse du lieu de travail :

Date d'atteinte de la 20^e semaine de grossesse :

A M J

Date prévue de l'accouchement :

A M J

Cette attestation ne peut être signée avant la date d'atteinte de la 20^e semaine de grossesse.

Signature de la ou du médecin, de l'infirmière praticienne spécialisée ou l'infirmier praticien spécialisé ou de la ou du membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec

X

Date

A M J

Signature de la personne aux études

X

Date

A M J

Section 3 – Protection des renseignements personnels

En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce que l'Aide financière aux études recueille vos renseignements personnels pour traiter votre demande. Sans ces renseignements, celle-ci ne pourra être analysée et vous ne pourrez obtenir le soutien financier auquel vous avez droit. Vous pouvez modifier vos renseignements personnels directement dans votre dossier ou en nous contactant.

Cette partie doit être remplie par la **personne qui a habité avec au moins un enfant, le sien ou celui de son conjoint ou sa conjointe**, pendant sa session d'études. Veuillez également fournir une copie du certificat de naissance du ou des enfants.

Section 1 – Renseignements sur la personne aux études

Nom Code permanent attribué par le Ministère

Prénom Date de naissance

Session d'études visée par la déclaration ☐ Automne 2025 ☐ Hiver 2026 ☐ Été 2026

Section 2 – Situation familiale

Est-ce que vous résidiez avec un conjoint ou une conjointe ? ☐ Oui ☐ Non

Informations sur le ou les enfants à charge

1. Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance

Dans le cas d'une garde partagée, veuillez indiquer le nombre de jours par mois où l'enfant habite avec vous.

Septembre 2025	Octobre 2025	Novembre 2025	Décembre 2025	Janvier 2026	Février 2026	Mars 2026	Avril 2026	Mai 2026	Juin 2026	Juillet 2026	Août 2026

Est-ce que l'enfant présente une déficience ou un trouble mental ? ☐ Oui ☐ Non
(Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé.)

Nom et prénom du parent biologique ou adoptif

Signature X

Nom et prénom de l'autre parent biologique ou adoptif

Signature X

2. Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance

Dans le cas d'une garde partagée, veuillez indiquer le nombre de jours par mois où l'enfant habite avec vous.

Septembre 2025	Octobre 2025	Novembre 2025	Décembre 2025	Janvier 2026	Février 2026	Mars 2026	Avril 2026	Mai 2026	Juin 2026	Juillet 2026	Août 2026

Est-ce que l'enfant présente une déficience ou un trouble mental ? ☐ Oui ☐ Non
(Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé.)

Nom et prénom du parent biologique ou adoptif

Signature X

Nom et prénom de l'autre parent biologique ou adoptif

Signature X

Section 2 – Situation familiale (suite)**Informations sur le ou les enfants à charge (suite)**

Date de naissance

3. Nom et prénom de l'enfant :

A M J

Dans le cas d'une garde partagée, veuillez indiquer le nombre de jours par mois où l'enfant habite avec vous.

Septembre 2025	Octobre 2025	Novembre 2025	Décembre 2025	Janvier 2026	Février 2026	Mars 2026	Avril 2026	Mai 2026	Juin 2026	Juillet 2026	Août 2026

Est-ce que l'enfant présente une déficience ou un trouble mental ? ☐ Oui ☐ Non
(Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé.)

Nom et prénom du parent biologique ou adoptif

Signature X

Nom et prénom de l'autre parent biologique ou adoptif

Signature X

Au besoin, fournissez sur une autre feuille les renseignements requis concernant un 4^e enfant.**Déclaration de la personne aux études**

Date

Signature X

Signature de la personne aux études

A M J

Lieu

Nom et prénom de la ou du commissaire à l'assermentation (en lettres moulées)

Date

Signature X

Signature de la ou du commissaire à l'assermentation

A M J

Lieu

Numéro

Section 3 – Protection des renseignements personnels

En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce que l'Aide financière aux études recueille vos renseignements personnels pour traiter votre demande. Sans ces renseignements, celle-ci ne pourra être analysée et vous ne pourrez obtenir le soutien financier auquel vous avez droit. Vous pouvez modifier vos renseignements personnels directement dans votre dossier ou en nous contactant.

Cette partie doit être remplie par la **personne qui était atteinte**, pendant sa session d'études,
d'un **trouble épisodique** résultant d'une déficience, autre qu'une déficience fonctionnelle majeure.

Section 1 – Renseignements sur la personne aux études

Nom

Code permanent attribué par le Ministère

Prénom

Date de naissance

A M J

Session d'études visée par la déclaration

☐ Automne 2025

☐ Hiver 2026

☐ Été 2026

Section 2 – Reconnaissance de la déficience

Cette section doit être remplie par la ou le médecin.

Diagnostic

Quel est le diagnostic?

La déficience est : ☐ Permanente ☐ Temporaire

Identité de la ou du médecin

Nom

Numéro du permis d'exercice

Prénom

Numéro de téléphone

Ind. rég.

Numéro de télécopieur

Ind. rég.

Profession :

Adresse du cabinet :

Signature de la ou du médecin qui a rempli la section 2 du formulaire

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts et que l'état de la personne est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.

Signature X

Date

A M J

Section 3 – Évaluation de l'incapacité et des obstacles

Une incapacité significative présente un certain degré de sévérité ou de gravité. Elle est significative lorsque la personne rencontre des obstacles importants dans ses activités courantes, malgré l'utilisation de moyens pour corriger ou atténuer l'incapacité (prothèse ou orthèse, médication, thérapie, etc.). Ces obstacles peuvent affecter de manière significative sa capacité à poursuivre des études à temps plein ou à accéder au marché du travail. Un obstacle est une barrière qui entrave de manière significative et persistante l'accomplissement d'activités courantes, même avec les adaptations ou les soutiens disponibles.

Par exemple, une personne sourde ou malentendante peut avoir recours à un implant cochléaire qui corrige son incapacité auditive et réduit ainsi les obstacles à surmonter. De même, les médicaments utilisés pour traiter un trouble du déficit de l'attention (TDA) réduisent l'incapacité de la personne qui en souffre et rendent moins importants les obstacles rencontrés.

Une incapacité persistante ne change pas dans le temps. Elle est permanente et ne provient pas d'une blessure ou d'une maladie dont les effets disparaîtront avec le temps.

Poursuite des études à temps plein

Répondez aux questions suivantes en considérant les définitions d'une incapacité significative et d'une incapacité persistante données plus haut.

Pouvez-vous confirmer que, malgré les moyens utilisés pour la pallier, la déficience dont est atteinte cette personne entraîne des incapacités significatives et persistantes qui rendent impossible la poursuite de ses études à temps plein :

1. Pendant l'année scolaire 2025-2026?

☐ Oui ☐ Non

2. Pour toute la durée de ses études?

☐ Oui ☐ Non / À réévaluer

Détails concernant les obstacles liés à la poursuite des études :

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.

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.

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts et que l'état de la personne est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.

Signature X

Date
A M J

Section 4 – Protection des renseignements personnels

En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce que l'Aide financière aux études recueille vos renseignements personnels pour traiter votre demande. Sans ces renseignements, celle-ci ne pourra être analysée et vous ne pourrez obtenir le soutien financier auquel vous avez droit. Vous pouvez modifier vos renseignements personnels directement dans votre dossier ou en nous contactant.

Cette partie doit être remplie par la **personne qui a participé au programme d'aide et d'accompagnement social Réussir ou qui est prestataire du Programme de revenu de base** pendant sa session d'études.

Section 1 – Renseignements sur la personne aux études

Nom

Code permanent attribué par le Ministère

Prénom

Date de naissance

Session d'études visée par la déclaration

☐

Automne 2025

☐

Hiver 2026

☐

Été 2026

Section 2 – Participation à un programme d'aide et d'accompagnement social

Faites remplir les champs suivants par une agente ou un agent d'aide à l'emploi de Services Québec.

J'atteste que la personne a participé, pendant la session d'études indiquée ci-dessus, à une mesure ou à un programme d'aide et d'accompagnement social offert en application de la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles*.

☐

Oui

☐

Non

Signature de l'agente ou l'agent d'aide à l'emploi

X

Date

Signature de la personne aux études

X

Date

Section 3 – Protection des renseignements personnels

En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce que l'Aide financière aux études recueille vos renseignements personnels pour traiter votre demande. Sans ces renseignements, celle-ci ne pourra être analysée et vous ne pourrez obtenir le soutien financier auquel vous avez droit. Vous pouvez modifier vos renseignements personnels directement dans votre dossier ou en nous contactant.

Cette partie doit être remplie par la **personne qui étudiait à temps partiel, qui était en situation de handicap et qui bénéficiait d'accommodements scolaires relatifs à la fréquentation** pendant sa session d'études.

Section 1 – Renseignements sur la personne aux études

Nom

Code permanent attribué par le Ministère

Prénom

Date de naissance

Session d'études visée par la déclaration

☐

Automne 2025

☐

Hiver 2026

☐

Été 2026

Section 2 – Attestation d'accommodements scolaires relatifs à la fréquentation

Faites remplir les champs suivants par une personne responsable de l'intégration des étudiantes et étudiants en situation de handicap de votre établissement d'enseignement.

J'atteste que la personne a bénéficié, pendant la session d'études indiquée ci-dessus, d'accommodements scolaires relatifs à la fréquentation en raison d'une situation de handicap.

☐

Oui

☐

Non

Signature d'une personne autorisée de l'établissement d'enseignement

X

Date

Signature de la personne aux études

X

Date

Section 3 – Protection des renseignements personnels

En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce que l'Aide financière aux études recueille vos renseignements personnels pour traiter votre demande. Sans ces renseignements, celle-ci ne pourra être analysée et vous ne pourrez obtenir le soutien financier auquel vous avez droit. Vous pouvez modifier vos renseignements personnels directement dans votre dossier ou en nous contactant.