

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 2024

☐ Hiver 2025

☐ Été 2025

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 2024 ☐ Hiver 2025 ☐ Été 2025

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 2024	Octobre 2024	Novembre 2024	Décembre 2024	Janvier 2025	Février 2025	Mars 2025	Avril 2025	Mai 2025	Juin 2025	Juillet 2025	Août 2025

Est-ce que l'enfant présente une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale? ☐ Oui ☐ Non
(Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé ou remplir la partie 3 de ce formulaire.)

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 2024	Octobre 2024	Novembre 2024	Décembre 2024	Janvier 2025	Février 2025	Mars 2025	Avril 2025	Mai 2025	Juin 2025	Juillet 2025	Août 2025

Est-ce que l'enfant présente une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale? ☐ Oui ☐ Non
(Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé ou remplir la partie 3 de ce formulaire.)

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)

3. Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance

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 2024	Octobre 2024	Novembre 2024	Décembre 2024	Janvier 2025	Février 2025	Mars 2025	Avril 2025	Mai 2025	Juin 2025	Juillet 2025	Août 2025
----------------	--------------	---------------	---------------	--------------	--------------	-----------	------------	----------	-----------	--------------	-----------

Est-ce que l'enfant présente une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale ?
(Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé ou remplir la partie 3 de ce formulaire.)

☐ Oui ☐ Non

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

Signature X

Signature de la personne aux études

Date

A M J

Lieu

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

Signature X

Signature de la ou du commissaire à l'assermentation

Date

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.

**Attestation de situation de la personne réputée aux études à temps plein –
Programme de bourses Perspective Québec
Partie 3 – Enfant à charge présentant une déficience fonctionnelle majeure ou un
trouble de santé mentale**

1810 (5 de 11)

Cette partie doit être remplie par la **personne qui a habité**, pendant sa session d'études, **avec au moins un enfant, le sien ou celui de son conjoint ou sa conjointe, présentant une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale décrit dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V-TR)*.**

Veillez également fournir une copie du certificat de naissance de l'enfant ayant une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale et, s'il s'agit de l'enfant de votre conjoint ou votre conjointe, remplir la partie 2 de ce formulaire ou fournir une preuve de garde.

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 2024 ☐ Hiver 2025 ☐ Été 2025

Section 2 – Identité de l'enfant à la charge de la personne aux études

Nom _____ Code permanent attribué par le Ministère _____

Prénom _____ Date de naissance _____

Section 3 – Enfant à charge présentant une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale

Faites remplir les champs suivants par une ou un médecin.

La déficience ou le trouble mental est : ☐ Temporaire ☐ Permanent

Pouvez-vous affirmer que la déficience ou le trouble mental de l'enfant entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes?

☐ Oui ☐ Non

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

Quel est le diagnostic :

Indiquez la date du diagnostic : _____

Si l'enfant a une déficience fonctionnelle majeure, cochez le type de déficience :

Déficience visuelle grave

☐ Oui ☐ Non

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.

Déficience auditive grave

☐ Oui ☐ Non

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 Standards 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 un audiogramme à ce formulaire.

Déficience motrice

☐ Oui ☐ Non

Perte, malformation ou anomalie des systèmes responsables de la motricité du corps.

Déficience organique

☐ Oui ☐ Non

Trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien.

Section 3 – Enfant à charge présentant une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale (suite)

Identité et signature de la ou du médecin

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro du permis d'exercice : _____

Numéro de téléphone
Ind. rég.

Poste

Profession : _____

Adresse du cabinet : _____

Signature de la ou du médecin

Date _____

Date	A	M	J
1990	100	100	100
1991	100	100	100
1992	100	100	100
1993	100	100	100
1994	100	100	100
1995	100	100	100
1996	100	100	100
1997	100	100	100
1998	100	100	100
1999	100	100	100
2000	100	100	100
2001	100	100	100
2002	100	100	100
2003	100	100	100
2004	100	100	100
2005	100	100	100
2006	100	100	100
2007	100	100	100
2008	100	100	100
2009	100	100	100
2010	100	100	100
2011	100	100	100
2012	100	100	100
2013	100	100	100
2014	100	100	100
2015	100	100	100
2016	100	100	100
2017	100	100	100
2018	100	100	100
2019	100	100	100
2020	100	100	100
2021	100	100	100
2022	100	100	100
2023	100	100	100
2024	100	100	100
2025	100	100	100
2026	100	100	100
2027	100	100	100
2028	100	100	100
2029	100	100	100
2030	100	100	100
2031	100	100	100
2032	100	100	100
2033	100	100	100
2034	100	100	100
2035	100	100	100
2036	100	100	100
2037	100	100	100
2038	100	100	100
2039	100	100	100
2040	100	100	100
2041	100	100	100
2042	100	100	100
2043	100	100	100
2044	100	100	100
2045	100	100	100
2046	100	100	100
2047	100	100	100
2048	100	100	100
2049	100	100	100
2050	100	100	100
2051	100	100	100
2052	100	100	100
2053	100	100	100
2054	100	100	100
2055	100	100	100
2056	100	100	100
2057	100	100	100
2058	100	100	100
2059	100	100	100
2060	100	100	100
2061	100	100	100
2062	100	100	100
2063	100	100	100
2064	100	100	100
2065	100	100	100
2066	100	100	100
2067	100	100	100
2068	100	100	100
2069	100	100	100
2070	100	100	100
2071	100	100	100
2072	100	100	100
2073	100	100	100
2074	100	100	100
2075	100	100	100
2076	100	100	100
2077	100	100	100
2078	100	100	100
2079	100	100	100
2080	100	100	100
2081	100	100	100

Signature de la personne aux études

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 été atteinte**, pendant sa session d'études, **d'un trouble grave à caractère épisodique**, soit un problème important de santé mentale ou physique qui se produit de façon irrégulière.

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 2024 ☐ Hiver 2025 ☐ Été 2025									

Section 2 – Trouble grave à caractère épisodique

Faites remplir les champs suivants par une ou un médecin.

1. La personne présente-t-elle un problème majeur et permanent? Si oui, précisez lequel:

- Santé mentale: ☐ Oui ☐ Non
- Santé physique: ☐ Oui ☐ Non

2. Cette personne était-elle affectée par un trouble grave à caractère épisodique pendant la session d'études indiquée ci-dessus ?

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

- 2.1 Si oui, ce trouble l'empêchait-il de poursuivre des études à temps plein pour plus d'un mois ?

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

3. Si vous avez répondu « Oui » aux questions 2 et 2.1, pouvez-vous établir que ce trouble résulte du problème de santé mentale ou physique de la personne?

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Complétez vos réponses en précisant quels éléments de l'analyse médicale ont conduit au diagnostic :

Identité et signature de la ou du médecin

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro du permis d'exercice : _____

Profession : _____

Adresse du cabinet : _____

Numéro de téléphone
Ind. rég. _____ Poste _____

Signature de la ou du médecin

Date _____

Date
A
M
J

Signature de la personne aux études

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 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 2024

☐

Hiver 2025

☐

Été 2025

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 2024

☐

Hiver 2025

☐

Été 2025

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.