

Ce formulaire doit être rempli par un médecin. Il concerne la personne qui a terminé ou interrompu temporairement ses études et qui éprouve des difficultés à rembourser sa dette d'études contractée dans le cadre du Programme de prêts et bourses ou du Programme de prêts pour les études à temps partiel en raison de son état de santé.

Avant de soumettre le présent formulaire à son médecin, l'ex-étudiante ou l'ex-étudiant doit lire attentivement la section intitulée « Renseignements utiles », qui se trouve à la fin du formulaire et remplir les sections 1 et 4.

Nous vous invitons à nous transmettre ce formulaire dûment rempli en le déposant directement dans votre dossier en ligne.

Section 1 – Identité et adresse de la patiente ou du patient

Nom		Code permanent attribué par le Ministère	
Prénom		Date de naissance A M J	Numéro d'assurance maladie
Numéro	Rue	Direction (Nord, Sud, Est, Ouest)	
Appartement	Municipalité		
Municipalité (suite)	Province	Code postal	Numéro de téléphone (résidence) Ind. rég.
Pays	Autre numéro de téléphone Ind. rég.		Poste

Section 2 – Diagnostic

Veillez fournir les renseignements demandés. (Écrire en caractères d'imprimerie.)

La personne nommée à la section 1 est-elle capable d'accomplir ses activités habituelles? Oui Non

Si vous avez répondu NON à la question précédente, indiquez :

- le type de l'incapacité : Temporaire Permanente
- la gravité de l'incapacité : Légère Modérée Grave

• la date du début de l'incapacité :

A	M	J

 • si l'incapacité est temporaire, la date prévue de sa fin :

A	M	J

Quel est le diagnostic? _____

La personne est-elle ou a-t-elle été hospitalisée? Oui Non

Si oui, précisez la période d'hospitalisation : du

A	M	J

 au

A	M	J

Commentaires : _____

