

Programme d'aide financière aux étudiants intégré Canada-Nouveau-Brunswick

Formulaire de vérification de l'invalidité

Objet du présent formulaire

Le présent formulaire sert à recueillir des renseignements sur votre invalidité, y compris la documentation d'un évaluateur médical qualifié (un médecin ou un autre professionnel de la santé réglementé). Ces renseignements permettent de vérifier votre statut à titre de personne ayant une invalidité pour les fins de l'aide financière aux étudiants.

Si votre demande est approuvée, vous pourriez recevoir d'autres fonds liés à votre invalidité par la voie de la Bourse d'études canadienne pour étudiants ayant une invalidité (BEC-I). Vous pourriez aussi avoir droit à d'autres fonds par la voie de la Bourse d'études canadienne pour l'obtention d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité (BEC-ESI). Ce programme, pour lequel il faut présenter une demande distincte, aide les étudiants avec les coûts des services et de l'équipement éducatifs liés à l'invalidité comme les preneurs de notes, les tuteurs ou les aides techniques. Une copie de la demande est accessible à aideauxetudiants.gnb.ca.

*Une **invalidité permanente**, aux fins de l'aide financière aux étudiants, est une déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale, ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou une limitation fonctionnelle qui réduit la capacité d'une personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire ou participer au marché du travail et dont la durée prévue est la durée de vie probable de celle-ci.*

*Une **invalidité persistante ou prolongée**, aux fins de l'aide financière aux étudiants, est une déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale, ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou une limitation fonctionnelle qui réduit la capacité d'une personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire ou participer au marché du travail et qui dure depuis au moins douze mois ou pourrait avoir une telle durée – mais qui n'est pas prévue pour la durée de vie probable de celle-ci.*

Remarque : Toutes les affections médicales ne sont pas considérées comme une invalidité aux fins du Programme canadien d'aide financière aux étudiants.

Comment remplir ce formulaire

Le formulaire comprend deux parties : la section A et la section B.

- Remplissez la section A, y compris la déclaration et le consentement que vous devez signer et dater; **et**
- Faites remplir la section B par un évaluateur médical qualifié. Le professionnel de la santé qualifié approprié pour chaque type d'invalidité est précisé dans Partie 2 de la section B.

Normalement, vous devez remplir le formulaire une fois seulement. Les frais qui vous seront imposés pour remplir ce formulaire sont votre responsabilité et ne seront pas remboursés par les Services financiers pour étudiants.

Étudiants ayant les troubles d'apprentissage

Les troubles d'apprentissage (TA) sont des troubles neurologiques spécifiques qui affectent la façon dont une personne retient, comprend, récupère et/ou communique l'information. La gravité des TA varie et ils peuvent nuire à l'acquisition et à l'utilisation d'un ou de plusieurs des éléments suivants : langage oral, lecture, langage écrit et mathématiques. Les TA ne sont PAS identiques à la déficience intellectuelle. Les TA peuvent être associées à d'autres troubles tels que le TDAH, l'autisme, les troubles du comportement, etc., mais ne sont pas les mêmes que ces troubles.

Les étudiants présentant une demande de bourse pour étudiants ayant une invalidité sur la base d'un diagnostic de trouble d'apprentissage doivent présenter une évaluation psychopédagogique effectuée par un psychologue agréé. Pour cette demande, votre évaluation psychopédagogique doit avoir été effectuée dans les cinq années qui précèdent la date de la demande ou à l'âge de 18 ans ou plus. Vous n'êtes pas obligé de faire remplir la section B du formulaire par un évaluateur médical. Vous devrez remplir la section A du formulaire et joindre une copie de l'évaluation psychopédagogique.

Date limite pour soumettre le formulaire

Nous vous encourageons à soumettre le formulaire dûment rempli avec tous les documents à l'appui le plus tôt possible; toutefois, il doit être reçu par les Services financiers pour étudiants au plus tard **six semaines avant la fin de votre période d'études**, car les fonds ne peuvent pas vous être remis après la date de fin de votre période d'études.

Les formulaires incomplets ne seront pas traités. Une lettre sera envoyée pour demander que le formulaire soit dûment rempli, ce qui entraînera des retards dans le traitement.

Vous devez demander à votre école secondaire de remplir le formulaire [Demande d'information sur le programme d'études](#) distinct si vous présentez une demande pour des études à temps plein en tant qu'étudiant ayant une invalidité.

Votre demande d'aide financière aux étudiants ne sera pas traitée tant que tous les documents ont été reçus.

Si vous rencontrez des difficultés à obtenir les documents requis, veuillez contacter les Services financiers pour étudiants au 1-800-667-5626.

Comment soumettre ce formulaire

Soumettez la section A (que vous avez remplie) et la section B (remplie par un évaluateur médical qualifié). Si vous présentez une demande en raison d'un trouble d'apprentissage, vous devez soumettre la section A (que vous avez remplie) et une copie de votre évaluation psychopédagogique au lieu de la section B.

Les formulaires dûment remplis et les documents justificatifs peuvent être soumis par voie électronique en visitant le site Web aideauxetudiants.gnb.ca et en cliquant sur *Téléverser un document*. Sinon, vous pouvez les soumettre par télécopieur ou par la poste aux Services financiers pour étudiants.

Questions?

Si vous avez besoin d'aide à remplir ce formulaire ou si vous avez des questions sur l'aide pour les frais d'éducation liés à votre invalidité, communiquer avec les Services financiers pour étudiants :

| | |
|---|---|
| Adresse postale : | Services financiers pour étudiants Éducation postsecondaire, Formation et Travail Édifice Beaverbrook, C.P. 6000 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1 |
| Télécopieur : | 506-444-4333 |
| Téléphone : | 1-800-667-5626 506-453-2577 |
| Heures de service de par téléphone : | 8 h à 19 h 30 du lundi au vendredi de 9 h à 13 h le samedi |
| Site Web : | aideauxetudiants.gnb.ca |

SECTION A – À REMPLIR PAR TOUS LES DEMANDEURS

Partie 1 : Renseignements sur le demandeur

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Date de naissance (aaaa-mm-jj) : _____

Prénom légal

Nom de famille légal

Initiale du second prénom

Adresse postale

Adresse municipale/C.P.

N° d'appartement

Ville/Village

Province/Territoire

Pays (autre que le Canada)

Code postal

Indicatif régional et n° de téléphone : _____

Renseignements sur le programme

Nom de l'école postsecondaire : _____

Nom du programme : _____

Un formulaire [Demande d'information sur le programme d'études](#) doit être rempli par votre école.

- Un formulaire Demande d'information sur le programme d'études est joint au présent formulaire.
- Un formulaire Demande d'information sur le programme d'études sera envoyé séparément.

Veuillez cocher la case appropriée.

- C'est la première fois que je présente une demande en tant qu'étudiant ayant une invalidité.
- Je fournis maintenant des renseignements supplémentaires ou ma situation a changé.

Partie 2 : Déclaration du demandeur au sujet des limites et des restrictions

Veillez décrire les défis et les obstacles que vous rencontrez en raison de votre invalidité qui ont un impact sur vos activités quotidiennes liées aux études postsecondaires.

N'incluez pas les accommodements, l'équipement ou les services qui pourraient être nécessaires.

Veillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.

Partie 3 : Déclaration et consentement du demandeur

À remplir par tous les demandeurs.

Je comprends que le présent formulaire fait partie de ma demande d'aide financière aux étudiants et comprend donc toutes les modalités énoncées dans la demande d'aide financière aux étudiants pour des études à temps plein ou à temps partiel.

En plus des modalités énoncées dans la demande d'aide financière aux étudiants pour des études à temps plein ou à temps partiel, je comprends aussi que :

J'atteste que, à ma connaissance, tous les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets. Je comprends qu'il s'agit d'une infraction de fournir des renseignements faux ou trompeurs.

J'autorise le médecin ou tout autre professionnel de la santé réglementé qui a rempli la section B du présent formulaire ou le rapport d'évaluation psychopédagogique à fournir les renseignements personnels sur la santé au ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (le Ministère) et, si l'exige le Ministère, à fournir d'autres renseignements personnels sur la santé ayant trait à mon invalidité ou aux besoins liés à mon invalidité.

J'autorise le Ministère à communiquer avec le médecin ou un autre professionnel de la santé réglementé si les renseignements personnels sur la santé qu'il a fournis ne sont pas clairs ou sont illisibles. La présente autorisation est limitée et ne s'étend pas à l'autorisation au Ministère à recueillir les renseignements personnels sur la santé auprès de mon médecin ou d'un autre professionnel de la santé réglementé qui ne se rattache pas au présent formulaire ou à tout document connexe que j'ai soumis.

Je comprends que les renseignements que je fournis, y compris les renseignements personnels sur la santé fournis par mon médecin ou un autre professionnel de la santé réglementé, peuvent être vérifiés.

CONSETEMENTS RELATIFS AUX RENSEIGNEMENTS

Les renseignements personnels sont recueillis et utilisés pour l'administration du Programme canadien d'assistance financière aux étudiants en vertu de la *Loi fédérale sur l'aide financière aux étudiants* (LFAFÉ) et de la *Loi fédérale sur les prêts aux étudiants* (LFPÉ). Vos renseignements personnels qui sont sous le contrôle du Canada seront administrés conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (Canada).

En vertu de la *Loi sur l'aide financière aux étudiants du postsecondaire*, 2007, c. P -9.315, le Ministère recueille, consulte, utilise, communique et protège les renseignements que vous fournissez conformément au paragraphe 46(1) de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP), L.N.-B. 2009, c. R -10.6; au paragraphe 37(1) de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, L.N.-B. 2009, c. P -7.05 (LAPRPS); et à la *Politique de gestion des documents et dossiers* du Ministère afin d'administrer de programmes et de services.

CETTE DÉCLARATION ET CE CONSENTEMENT ONT DEUX PAGES.

VEUILLEZ APOSER VOS INITIALES POUR CONFIRMER QUE VOUS AVEZ LU LA PREMIÈRE PAGE _____

Je consens à ce que le Ministère recueille seulement autant de renseignements personnels qui sont raisonnablement nécessaires et utilise mes renseignements pour les fins suivantes :

- traiter ma demande d'aide financière aux étudiants;
- déterminer et vérifier mon admissibilité à l'aide financière aux étudiants;
- administrer toute aide financière aux étudiants qui m'est accordée, y compris le remboursement ou le recouvrement du montant à rembourser;
- mener la recherche et l'évaluation des programmes d'aide financière aux étudiants;
- utiliser leurs pouvoirs et assumer leurs responsabilités conformément à la *Loi sur l'aide financière aux étudiants du postsecondaire* et des règlements connexes;
- appliquer et exécuter la *Loi sur l'aide financière aux étudiants du postsecondaire* et des règlements connexes;
- confirmer la validité de mon identification dans la cadre de ma demande d'aide financière aux étudiants des gouvernements fédéral et provincial.

Je comprends que, dans le but d'atteindre ces objectifs, il est possible que mes renseignements personnels doivent être communiqués. Je consens par la présente à ce que le Ministère échange des renseignements personnels à mon sujet recueillis pour ma demande d'aide financière avec tout ministère du gouvernement du Nouveau-Brunswick, avec le gouvernement de toute autre province ou tout autre territoire du Canada, avec le gouvernement canadien, tout fournisseur de service, tout établissement d'enseignement, toute institution financière, et tout autre organisme ou personne.

Je comprends que je peux annuler mon consentement par écrit à tout moment et que, ce faisant, je comprends que je ne pourrai plus participer au programme en raison de ses exigences administratives et des exigences établies par l'*Accord d'intégration Canada-Nouveau-Brunswick pour le programme de prêts étudiants* et en conformément à la LDIPVP.

Si vous avez des questions sur la façon dont vos renseignements personnels sont recueillis ou utilisés, vous pouvez communiquer avec la gestionnaire, Liaison avec les programmes et Assurance de la qualité, au 506-453-2713.

J'ai lu l'information susmentionnée dans son intégralité. Je reconnais que cette autorisation est valide pendant la durée de ma participation aux programmes ou services et de la surveillance à cet égard.

X _____
Signature du demandeur

Date

Partie 4 : Étudiants ayant les troubles d'apprentissage

Les troubles d'apprentissage (TA) sont des troubles neurologiques spécifiques qui affectent la façon dont une personne retient, comprend, récupère et/ou communique l'information. La gravité des TA varie et ils peuvent nuire à l'acquisition et à l'utilisation d'un ou de plusieurs des éléments suivants : langage oral, lecture, langage écrit et mathématiques. Les TA ne sont PAS identiques à la déficience intellectuelle. Les TA peuvent être associées à d'autres troubles tels que le TDAH, l'autisme, les troubles du comportement, etc., mais ne sont pas les mêmes que ces troubles.

Présentez-vous une demande en tant qu'étudiant diagnostiqué avec un **trouble d'apprentissage**?

Oui Non

- Si oui :**
- remplissez et soumettez seulement la **section A de ce formulaire; et**
 - soumettez d'une copie de votre évaluation psychopédagogique (réalisée dans les cinq années suivant la date de la demande ou à l'âge de 18 ans ou plus) qui confirme le diagnostic d'un trouble d'apprentissage et énumère les obstacles résultant de ce trouble d'apprentissage.
 - si, en plus de votre trouble d'apprentissage, vous souffrez d'une autre invalidité qui n'a pas été identifiée dans l'évaluation psychopédagogique, vous devez également soumettre la section B complétée par l'évaluateur médical approprié afin que cette invalidité soit prise en considération.

- Si non :**
- demandez à un évaluateur médical qualifié de remplir la section B.

Remboursement de l'évaluation psychopédagogique

Une évaluation psychopédagogique est un type particulier d'évaluation psychologique réalisée par un psychologue agréé. Il s'agit d'une série de tests, de questionnaires et d'entretiens cliniques qui permettent d'évaluer le potentiel d'apprentissage et le développement des compétences scolaires d'une personne, ainsi que son fonctionnement socio-affectif.

Dans le cadre de la Bourse d'études canadienne pour l'obtention d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité (BEC-ESI), vous pouvez faire une demande de remboursement de 100 % du coût (jusqu'à un maximum de 3 500 \$) d'une évaluation psychopédagogique qui confirme un diagnostic d'un trouble d'apprentissage.

Critères :

- L'évaluation psychopédagogique doit avoir été effectuée dans les six mois suivant la date de début de la période d'études.
- L'évaluation psychopédagogique doit indiquer clairement un diagnostic de trouble d'apprentissage et décrire les obstacles/limitations qui peuvent avoir une incidence sur votre participation aux études postsecondaire.
- Le reçu officiel pour l'évaluation psychopédagogique et une copie du rapport d'évaluation sont requis.
- Vous ne serez pas remboursé pour la partie des coûts qui a été payée ou remboursée par une autre personne ou un régime d'assurance privé.

Si vous demandez un remboursement pour une évaluation psychopédagogique récente, veuillez compléter ce qui suit :

Date d'évaluation (aaaa/mm/jj) : _____

Coût d'évaluation pour remboursement: _____ \$

- J'ai joint une copie d'un reçu officiel pour l'évaluation psychopédagogique.
- J'ai joint une copie du rapport d'évaluation psychopédagogique effectuée par un psychologue agréé.

SECTION B – VÉRIFICATION DE L'INVALIDITÉ

À remplir par l'évaluateur médical qualifié en fonction du type de l'invalidité tel que spécifié à la page 10. Aucune partie de cette section du formulaire ne doit être remplie par le patient, ses parents ou son partenaire. Une fois rempli, veuillez retourner le formulaire au patient pour qu'il le soumette.

Ce formulaire fournira des informations cruciales qui seront utilisées pour évaluer l'admissibilité de votre patient à l'aide financière aux étudiants ayant une invalidité. L'admissibilité au financement est déterminée sur la base d'autres facteurs en plus du diagnostic médical. Nos évaluateurs prennent en compte l'individu tout entier, y compris :

- la nature et la gravité de leur condition médicale ;
- l'impact fonctionnel quotidien de la condition médicale sur leur capacité de participer à un environnement éducatif postsecondaire ; et
- la durée de la condition médicale du patient.

Veillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie et répondre complètement à toutes les questions ci-dessous. Veillez à apposer vos initiales dans l'espace prévu à cet effet au bas de chaque page, ainsi qu'à signer et dater la dernière page. Si nécessaire, fournissez des détails supplémentaires sur votre papier à en-tête officiel et joignez-les au présent document.

Ce que nous attendons de vous, c'est une évaluation médicale claire et complète de la condition médicale de votre patient, ainsi que des informations sur toute limitation de la capacité de la personne à fonctionner dans un environnement postsecondaire. Fournissez des déclarations claires sur les limitations et les restrictions fonctionnelles liées aux invalidités de votre patient en ce qui concerne les études postsecondaires. Évitez les termes peu clairs tels que « peut », « suggère » ou « est indicatif de ». Les informations fournies doivent être spécifiques à l'étudiant et non à la population générale souffrant de la même invalidité. Nous devons avoir assez d'informations pour nous assurer que votre patient remplit les conditions d'admissibilité à l'aide financière aux étudiants ayant une invalidité. Si la condition médicale de votre patient n'a aucun impact sur sa participation aux études postsecondaires, le patient n'est pas admissible à l'aide financière aux étudiants ayant une invalidité.

Les formulaires qui sont incomplets ou qui ne fournissent pas assez d'information se traduiront par un refus ou des retards dans le financement. Notez que le patient est responsable des frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.

En remplissant la section A du présent formulaire, le patient autorise un médecin ou tout autre professionnel de la santé réglementé à fournir les renseignements personnels sur la santé demandés dans le présent formulaire au ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (le Ministère) et, si l'exige le Ministère, à fournir d'autres renseignements personnels sur la santé ayant trait à l'invalidité du patient ou aux besoins liés à son invalidité.

Le patient a également autorisé le Ministère à communiquer avec le médecin ou l'autre professionnel de la santé réglementé si les renseignements personnels sur la santé qu'il a fournis ne sont pas clairs ou sont illisibles. La présente autorisation est limitée et ne s'étend pas à l'autorisation au Ministère à recueillir les renseignements personnels sur la santé auprès du médecin ou d'un autre professionnel de la santé réglementé qui ne se rattache pas au présent formulaire ou à tout document connexe que le patient a soumis.

Nom au complet du patient : _____

Date de naissance du patient (aaaa-mm-jj) : _____

Partie 1 : Statut d'invalidité du patient

Une **invalidité permanente**, aux fins de l'aide financière aux étudiants, désigne une déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale, ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou une limitation fonctionnelle qui :

- réduit la capacité d'une personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire ou participer au marché du travail, et
- dont la durée prévue est la durée de vie probable de celle-ci.

Une **invalidité persistante ou prolongée**, aux fins de l'aide financière aux étudiants, désigne une déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale, ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou une limitation fonctionnelle qui :

- réduit la capacité d'une personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire ou participer au marché du travail;
- dure depuis au moins douze mois ou pourrait avoir telle durée, et
- n'est pas prévue pour la durée de vie probable de celle-ci.

Le patient souffre-t-il d'une invalidité (soit permanente, soit persistante ou prolongée), au sens de la définition ci-dessus?

Oui Non

Si vous avez répondu "Non", aucune autre information n'est requise. Assurez-vous que Partie 5 : Renseignements sur l'évaluateur médical (page 14) est remplie, puis retournez le formulaire au patient.

L'invalidité entraîne-t-elle une limitation fonctionnelle qui restreint la capacité du patient à accomplir les activités quotidiennes nécessaires pour participer à ses études postsecondaires ?

Oui Non

Si vous avez répondu "Non", aucune autre information n'est requise. Assurez-vous que Partie 5 : Renseignements sur l'évaluateur médical (page 14) est remplie, puis retournez le formulaire au patient.

Choisissez **UNE** des affirmations suivantes qui décrit le mieux le statut d'invalidité du patient.

L'invalidité du patient est **permanente**, entraîne des limitations fonctionnelles qui ont une incidence sur leur capacité à accomplir les activités quotidiennes nécessaires pour étudier au niveau postsecondaire et qui devraient perdurer toute leur vie.

L'invalidité du patient est **persistante ou prolongée**, entraîne des limitations fonctionnelles qui ont une incidence sur leur capacité à accomplir les activités quotidiennes nécessaires pour étudier au niveau postsecondaire et dure depuis au moins douze mois ou pourrait avoir telle durée mais n'est pas prévue de perdurer tout leur vie.

Depuis quand traitez-vous cette personne pour cette invalidité? _____

Date de début de l'invalidité (si connu) : _____

Initiales de l'évaluateur médical : _____

Type d'invalidité (cochez toutes les invalidités qui s'appliquent)

Mobilité/agilité réduite

Formulaire à remplir par un médecin ou une infirmière praticienne.

Déficiência visuelle

Formulaire à remplir par un ophtalmologiste ou un optométriste.

- Acuité visuelle de 6/21 (20/70) ou moins dans le meilleur œil après correction
- Champ visuel de 20 degrés ou moins
- Maladie oculaire progressive qui pourrait entraîner l'un des états susmentionnés au cours des deux prochaines années
- Vision de près pour la lecture de caractères d'imprimerie de _____

Déficiência auditive

Formulaire à remplir par un audiologiste certifié.

Niveau de perte auditive dans la meilleure oreille (cochez les cases appropriées)

- Légère Modérée Grave Profonde
- La perte auditive gêne le patient dans son apprentissage
- Utilise des prothèses auditives
- Pourrait bénéficier de dispositifs d'amplification dans l'environnement scolaire ou le milieu de travail.

Déficiência de la parole

Formulaire à remplir par un orthophoniste.

Trouble déficitaire de l'attention (TDA) / trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Formulaire à remplir par un psychologue, un médecin ou une infirmière praticienne.

Trouble envahissant du développement (autisme)

Formulaire à remplir par un médecin, une infirmière praticienne ou un psychologue.

Déficiência psychiatrique ou psychologique

Formulaire à remplir par un psychologue clinicien, un psychiatre, un médecin ou une infirmière praticienne.

Déficiência cognitive (ex. : lésion cérébrale acquise)

Formulaire à remplir par un médecin ou une infirmière praticienne.

Autre invalidité (précisez)

Initiales de l'évaluateur médical : _____

Partie 3 : Impact de l'invalidité sur la participation aux études postsecondaires

Énumérez et décrivez les limitations ou les obstacles fonctionnels de l'invalidité qui restreignent/impactent la capacité du patient à participer à un environnement éducatif. Indiquez la durée et les effets de ces limitations/obstacles. Nous avons besoin d'informations suffisantes pour déterminer si votre patient remplit les critères d'admissibilité à l'aide financière aux étudiants ayant une invalidité.

N'incluez pas dans cette section les accommodements, l'équipement ou les services qui pourraient être nécessaires (voir la partie 4). Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie.

Remarque : Les références à la Déclaration du demandeur au sujet des limites et des restrictions (page 5) ne sont pas suffisantes et ne seront pas acceptées.

Aucun impact

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une deuxième copie de cette page ou du papier à en-tête officiel à ce formulaire rempli.

Initiales de l'évaluateur médical : _____

Partie 4 : Mesures de soutien suggérées pour les études postsecondaires

En fonction des limitations et des obstacles liées à l'invalidité du patient, quelles accommodements ou mesures de soutien recommandez-vous pour faciliter sa participation aux études postsecondaires ?

Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

- Aucun accommodement ou mesure de soutien recommandé
- Charge de cours réduite.
- Services spécialisés. **Veillez préciser :**

- Équipement spécialisés. **Veillez préciser :**

Initiales de l'évaluateur médical : _____

Partie 5 : Renseignements sur l'évaluateur médical

Nom de l'évaluateur médical qualifié : _____

Spécialité de l'évaluateur médical qualifié : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse de courriel : _____

Numéro d'agrément : _____

Timbre du professionnel :

Je certifie que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, exacts et complets et que le patient identifié ci-dessus rencontre les obstacles éducatifs liés à son invalidité indiquée. Je comprends que faire une déclaration fausse ou trompeuse constitue une infraction. Je comprends que les renseignements serviront à déterminer si mon patient est admissible aux programmes d'aide financière aux étudiants à l'intention des étudiants ayant une invalidité.

X _____

Signature de l'évaluateur médical

_____ Date (aaaa-mm-jj)