

## DEMANDE POUR INCOMPLET PERMANENT

### IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_  
Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DE L'ÉLÈVE

J'autorise les professionnels de la santé, les représentants des hôpitaux ou de tout autre organisme à fournir au Cégep à distance tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé.

Le Cégep à distance s'engage à respecter la confidentialité des renseignements fournis sur ce formulaire et ne fera aucune reproduction de ce document.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'élève

\_\_\_\_\_  
Date

### RAPPORT MEDICAL (à rédiger par le professionnel de la santé)

#### Note au professionnel de la santé :

Prenez note que l'élève suit une formation à distance, donc à la maison. L'élève étudie à son rythme et a six (6) mois pour terminer l'ensemble de ses devoirs. Il doit par la suite passer un examen au plus tard trois (3) mois après la correction de son dernier devoir. L'examen se tient généralement dans le cégep de sa région.

#### Problème de santé :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date du début de l'incapacité : \_\_\_\_\_

Date prévue du retour aux études : \_\_\_\_\_

Si les dates sont indéterminées, indiquer la durée approximative de l'absence :

de : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'élève doit aussi interrompre son travail? : \_\_\_\_\_

En quoi le problème de santé rend-il l'élève incapable d'étudier à son rythme, à la maison, dans un programme de formation à distance ? Expliquer clairement :

---

---

---

---

---

---

---

---

Est-ce un problème de gestion du temps : \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTE

Seuls les professionnels de la santé légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (estampille non acceptée).

Nom du professionnel de la santé (*en lettres moulées*) : \_\_\_\_\_

Numéro de permis (C.P.M.Q.) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Rue

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

Téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature (*ne pas utiliser d'estampille*)

\_\_\_\_\_  
Date

***Nous faire parvenir l'original par la poste.  
Les frais inhérents à ce rapport seront assumés par l'élève.  
Tout document incomplet sera refusé et retourné à l'élève.***