

DEMANDE POUR INCOMPLET

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 : _____

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

Les frais inhérents à ce rapport seront assumés par l'élève.

Tout document incomplet sera refusé.

À transmettre à l'adresse : infoscol@cegepadistance.ca