

## DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE STATUT DE DÉFICIENCES FONCTIONNELLES MAJEURES

### 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 manuscrite de l'élève

\_\_\_\_\_  
Date

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

#### Note au médecin et au thérapeute spécialisé :

- La personne qui vous remet le présent formulaire fait une demande d'inscription au Cégep à distance. Si sa déficience fonctionnelle majeure est reconnue, cette personne pourra bénéficier de la gratuité scolaire au Cégep à distance lors d'une admission dans un programme menant au diplôme d'études collégial. Elle aura la possibilité, si son état l'exige, d'étudier à temps partiel tout en demeurant réputé « élève à temps plein ».
- Le formulaire doit être rempli par un médecin ou par un thérapeute spécialisé dans le domaine de la limitation concernée par la demande.
- Étant donné les conséquences financières qui découlent de ce certificat médical, il est important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises et complètes. Ainsi, le Cégep à distance sera en mesure de rendre une décision éclairée et équitable à la personne concernée.

### RECONNAISSANCE DE LA DÉFICIENCE FONCTIONNELLE MAJEURE PAR LE MÉDECIN

Pour être reconnue, une déficience fonctionnelle doit entraîner des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement des activités normales de tous les jours. 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'élève qui étudie à distance doit être capable de vivre seul ses activités d'apprentissage et doit pouvoir gérer son rythme de travail.

Code permanent \_\_\_\_\_

1. À quelle catégorie de déficience le diagnostic de l'étudiant fait-il référence ?

- Déficience visuelle grave       Déficience auditive grave       Déficience motrice  
 Déficience organique       Problème ou maladie d'ordre psychiatrique

Diagnostic : \_\_\_\_\_

2. Quelles sont les complications médicales liées au diagnostic ?

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

3. La déficience est :       Temporaire       Permanente

4. Est-ce que la déficience est à caractère évolutif ? (Expliquer)       Oui       Non

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

5. En quoi le problème de santé rend-il l'élève incapable d'étudier à temps plein (180 heures ou 4 cours par session) dans le cadre d'une formation à distance, à la maison ?

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

### IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTE

Seuls les professionnels de la santé légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire.

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

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

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

\_\_\_\_\_ Ville

\_\_\_\_\_ Code postal

\_\_\_\_\_ Téléphone

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

\_\_\_\_\_  
Date

***Les frais inhérents à ce rapport seront assumés par l'élève.  
Tout document incomplet sera refusé et retourné à l'élève.***