

## DEMANDE DE RECONNAISSANCE Statut de déficiences fonctionnelles majeures

Les informations des sections **Renseignements personnels**, **Rapport médical** et **Identification du professionnel de la santé** sont obligatoires pour permettre le traitement de votre demande de reconnaissance de statut de déficiences fonctionnelles majeures par le Cégep à distance. Ces informations demeureront confidentielles et seront utilisées uniquement aux fins reliées à l'analyse de cette demande.

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Code permanent : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

### SIGNATURE

**Votre signature est obligatoire afin que votre demande soit traitée.**

Signature manuscrite: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### CONSENTEMENT

Je comprends que, conformément à la loi, le Cégep à distance requiert mon autorisation quant à la transmission de renseignements personnels me concernant et qui sont requis afin d'évaluer ma demande de reconnaissance de statut de déficiences fonctionnelles majeures. Pour cette fin spécifique, j'autorise le Cégep à distance à communiquer, au besoin, les renseignements personnels suivants : nom, prénom, diagnostic, au professionnel de la santé appuyant ma demande.

Ce consentement est valide pour la durée de l'analyse de ma demande.

Je comprends que ce consentement peut être modifié ou révoqué en tout temps. Pour ce faire, j'aurai à en informer un représentant du Cégep à distance.

Signature manuscrite: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**RAPPORT MÉDICAL**  
(À RÉDIGER PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ DE FAÇON MANUSCRITE)

**Note au professionnel de la santé**

Prenez note que l'élève suit une formation à distance. L'élève étudie à son rythme et a six (6) mois pour terminer l'ensemble de ses devoirs. Il doit par la suite passer une évaluation finale au plus tard trois (3) mois après la correction de son dernier devoir.

En complétant ce rapport médical, vous reconnaissez que l'élève présente une déficience qui entraîne des limitations significative et persistante dans la poursuite de ses études, ce qui le rend admissible à un statut temps partiel réputé temps plein.

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

- Déficience visuelle grave     
  Déficience auditive grave     
  Déficience motrice  
 Déficience organique     
  Déficience autre

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

La déficience est :     Temporaire       Permanente

L'état de l'élève rend-il impossible la poursuite d'études à temps plein (180 heures ou 4 cours par session) dans le cadre d'une formation à distance, à la maison ? Veuillez détailler. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

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

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

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

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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

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

Votre demande doit être transmise par courriel à l'adresse [infoscol@cegepadistance.ca](mailto:infoscol@cegepadistance.ca)