

DEMANDE POUR INCOMPLET

Les informations des sections **Renseignements personnels**, **Rapport médical** et **Identification du professionnel de la santé** sont obligatoires pour permettre le traitement de votre demande d'Incomplet 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 d'Incomplet. Pour cette fin spécifique, j'autorise le Cégep à distance à communiquer, au besoin, les renseignements personnels suivants : nom, prénom, diagnostic, date de début et de fin de mon incapacité; 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, 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 en ligne au plus tard trois (3) mois après la correction de son dernier devoir. Les étudiants de l'enseignement à distance sont autonomes et travaillent de manière indépendante sur leurs activités d'apprentissage.

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 SANTÉ

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 : _____

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.

Votre demande doit être transmise par courriel à l'adresse infoscol@cegepadistance.ca