

## DEMANDE DE PROLONGATION RAISON MÉDICALE

Les informations de la section **Renseignements personnels** sont obligatoires pour permettre le traitement de votre demande par le Cégep à distance. Ces informations demeureront confidentielles et seront utilisées uniquement aux fins reliées au traitement de cette demande.

Cette demande doit être accompagnée d'un document signé par un professionnel de la santé et doit être reçue au Cégep à distance au plus tard cinq (5) jours ouvrables après la date d'échéance de la remise des devoirs ou de l'évaluation finale – examen(s).

Pour demander une prolongation de la remise des devoirs, vous devez avoir remis au moins un (1) devoir et la note doit apparaître à votre dossier.

Le délai de prolongation est le suivant : Devoirs · deux (2) mois || Examen(s) · un (1) mois

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS		
Nom : _____	Prénom : _____	
Code permanent : _____		
JE DÉSIRE DEMANDER UNE PROLONGATION D'ÉCHÉANCE POUR LE (S) COURS :		
Numéro de cours : _____ - _____ - _____	Devoirs <input type="checkbox"/>	Examen(s) <input type="checkbox"/>
Numéro de cours : _____ - _____ - _____	Devoirs <input type="checkbox"/>	Examen(s) <input type="checkbox"/>
Numéro de cours : _____ - _____ - _____	Devoirs <input type="checkbox"/>	Examen(s) <input type="checkbox"/>
Numéro de cours : _____ - _____ - _____	Devoirs <input type="checkbox"/>	Examen(s) <input type="checkbox"/>
SIGNATURE DE L'ÉLÈVE		
<b>Votre signature est obligatoire afin que votre demande soit traitée.</b>		
Signature manuscrite: _____		Date : _____

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