Aide financière aux études
Québec

Certificat médical – Déficiences fonctionnelles majeures et autres déficiences reconnues 2010-2011

Ce formulaire doit être rempli par un médecin généraliste ou spécialiste. Il doit ensuite être envoyé à l'Aide financière aux études par la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle majeure ou d'une autre déficience reconnue qui fait une demande dans le cadre du Programme de prêts et bourses ou du Programme d'allocation pour des besoins particuliers.

S'il s'agit d'une personne atteinte d'une déficience visuelle grave, ce formulaire peut être remplacé par une copie de sa carte de l'INCA, une attestation d'un centre de basse vision ou un document attestant qu'elle est aveugle.

Ce formulaire **ne s'adresse pas** à la personne **temporairement** incapable de poursuivre des études à temps plein en raison d'un **trouble grave à caractère épisodique** résultant d'un problème de santé mentale ou physique majeur et permanent. Pour demeurer admissible au Programme de prêts et bourses même si elle poursuit ses études à temps partiel, cette personne doit se procurer au bureau d'aide financière de son établissement d'enseignement le formulaire *Attestation médicale confirmant un trouble grave de santé*.

Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire la section « Renseignements utiles » de la page suivante.

Identité de l'étudiante ou de l'étudiant

Nom

Prénom

Date de naissance (A M J)

Code permanent attribué par le Ministère

Reconnaissance de la déficience

Déficiences fonctionnelles majeures

De quelle déficience la personne est-elle atteinte? (Cochez la ou les cases appropriées.)

☐ **Déficience visuelle grave** : l'acuité visuelle de chaque œil, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4.00 dioptries, est d'au plus 6/21, ou le champ de vision de chaque œil est inférieur à 60°, dans les méridiens 180° et 90°, et, dans l'un ou l'autre cas, la personne est inapte à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familier.

☐ **Déficience auditive grave** : l'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 70 décibels, en conduction aérienne, sur la moyenne des fréquences hertziennes 500, 1000 et 2000. Dans ce cas, vous devez joindre à ce formulaire un audiogramme.

☐ **Déficience motrice** : perte, malformation ou anomalie des systèmes squelettique, musculaire ou neurologique responsable de la motricité du corps.

☐ **Déficience organique** : trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien. (Les troubles ou anomalies des systèmes cardiovasculaires et/ou respiratoires, comme la fibrose kystique, sont inclus dans cette catégorie.)

1 - Quel est le diagnostic? _____

2 - Indiquez la date du diagnostic. ..... (A M J)

3 - La déficience est : ..... ☐ Temporaire ☐ Permanente

4 - Pouvez-vous affirmer que la déficience dont est atteinte cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités scolaires? ..... ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

5 - Est-ce que l'état de cette personne rend impossible la poursuite d'études à temps plein? ..... ☐ Oui ☐ Non

Code permanent

Reconnaissance de la déficience (suite)

Autres déficiences reconnues

De quelle déficience la personne est-elle atteinte? (Cochez la ou les cases appropriées.)

☐ **Déficience du langage et de la parole**

☐ **Paralysie affectant un seul membre**

☐ **Parésie affectant un ou plusieurs membres**

☐ **Capacité auditive dont le niveau minimal se situe à 25 décibels (Dans ce cas, vous devez joindre à ce formulaire un audiogramme)**

1 - Quel est le diagnostic? _____

2 - Indiquez la date du diagnostic. ..... A M J

3 - La déficience est : ..... ☐ Temporaire ☐ Permanente

4 - Pouvez-vous affirmer que la déficience dont est atteinte cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités scolaires? ..... ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

Identité et signature du médecin généraliste ou spécialiste

Nom

Numéro du permis d'exercice

Prénom

Numéro de téléphone
Ind. rég.

Profession : _____

Adresse du cabinet : _____

Signature **X** _____

Date
A M J

Renseignements utiles

La personne qui vous remet le présent formulaire fait une demande d'aide financière dans le cadre du Programme de prêts et bourses ou du Programme d'allocation pour des besoins particuliers.

Dans le cadre du Programme de prêts et bourses, s'il est reconnu que cette personne a une déficience fonctionnelle majeure, l'aide financière à laquelle elle a droit sera entièrement versée sous forme de bourse, plutôt que partiellement sous forme de prêt et partiellement sous forme de bourse. Elle aura également la possibilité, si son état l'exige, d'étudier à temps partiel tout en demeurant admissible au Programme de prêts et bourses.

Dans le cadre du Programme d'allocation pour des besoins particuliers, s'il est reconnu que cette personne est atteinte d'une déficience fonctionnelle majeure ou d'une autre déficience, elle pourra obtenir, à certaines conditions, une aide financière pour les services spécialisés, les ressources matérielles et le transport adapté dont elle a besoin pour compenser les effets de sa déficience et qui sont nécessaires à la poursuite de ses études.

Vu les implications financières de ce certificat médical, il est important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises et complètes. Ainsi, l'Aide financière aux études sera en mesure de prendre une décision éclairée et équitable.