

Ce formulaire doit être rempli par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Il doit ensuite être envoyé à l'Aide financière aux études par l'étudiante ou l'étudiant, pour déclarer la déficience fonctionnelle majeure ou le trouble mental **de l'enfant dont elle ou il a la charge**.

Pour déclarer une déficience fonctionnelle majeure concernant l'étudiant, veuillez utiliser le formulaire 1015- Certificat médical – Étudiant – déficiences fonctionnelles majeures et autres déficiences reconnues

Si l'enfant est atteint d'une déficience visuelle grave, ce formulaire peut être remplacé par une copie de sa carte de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), une attestation délivrée par un centre de basse vision ou un document attestant qu'il est aveugle.

Toutes les sections du formulaires doivent être remplies. Selon la situation, la déficience fonctionnelle majeure doit être décrite à la section 3 et le trouble mental à la section 4.

L'étudiant doit obligatoirement signer la Section 6 - Autorisation et attestation de l'étudiante et de l'étudiant.

**Section 1 – Identité de l'étudiante ou de l'étudiant**

Nom

Prénom

Date de naissance

A	M	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Code permanent

**Section 2 – Identité de l'enfant à la charge de l'étudiante ou de l'étudiant**

Nom

Prénom

Date de naissance

A	M	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Code permanent

**Section 3 – Reconnaissance de la déficience fonctionnelle majeure de l'enfant**

Remplissez cette section si l'enfant est atteint d'une **déficience fonctionnelle majeure**.

La déficience est :  Temporaire  Permanente

Pouvez-vous affirmer que la déficience dont est atteint l'enfant entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes?  Oui  Non

Indiquez la date où ces limitations significatives et persistantes ont débuté:

A	M	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quel est le diagnostic? \_\_\_\_\_

Indiquez la date du diagnostic:

A	M	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Cochez le type de déficience :**

**Déficience visuelle grave**

Oui  Non

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 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**

Oui  Non

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, 1 000 et 2 000. Dans ce cas, vous devez joindre un audiogramme à ce formulaire.

