

Renseignements utiles

Ce formulaire doit être utilisé par l'étudiante ou l'étudiant qui demande que lui soient reconnus à titre de dépenses admises des montants relatifs à l'achat d'orthèses visuelles (y compris les frais d'examen de la vision). On entend par orthèses visuelles les lunettes (lentilles et monture) et les verres de contact. Ces frais ne peuvent dépasser le montant permis par personne pour deux années d'attribution consécutives. Ils s'appliquent à l'étudiante ou à l'étudiant et aux enfants à sa charge qui sont les siens ou ceux de sa conjointe ou de son conjoint. Pour chaque montant réclamé, le reçu indiquant que les orthèses ont été prescrites par une ou un optométriste ou par une ou un médecin doit être présenté. L'achat doit avoir été effectué durant un mois où vous êtes couvert par le Programme de prêts et bourses.

Documents à fournir

L'original du reçu ou un relevé d'assurance attestant qu'une partie des frais n'a pas été remboursée et, seulement si le reçu ou le relevé d'assurance n'indique pas la prescription ou son numéro de référence, l'ordonnance de l'optométriste ou de la ou du médecin.

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

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Nom | <input type="text"/> | | Code permanent attribué par le Ministère |
| Prénom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Nom de l'établissement d'enseignement | <input type="text"/> | | Code de l'établissement |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |

Adresse de correspondance

| | | | |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Numéro | Rue | Direction (Nord, Sud, Est, Ouest) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Appartement | Municipalité, ville, village | Numéro de téléphone | Ind. rég. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Province | Pays | Code postal | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Section 2 – Demande de remboursement

| | | |
|--|--|---|
| Frais payés pour l'étudiante ou l'étudiant | Date de l'achat A M J | Montant arrondi au dollar le plus près |
| | | |

Frais payés pour un ou des enfants à la charge de l'étudiante ou de l'étudiant

| | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|------------------------|
| Nom de l'enfant | | | |
| | | | |
| Prénom de l'enfant | Date de naissance | Date de l'achat | Montant arrondi |
| | A M J | A M J | au dollar le plus près |
| | | | |
| Nom de l'enfant | Date de naissance | Date de l'achat | Montant arrondi |
| | A M J | A M J | au dollar le plus près |
| | | | |
| Prénom de l'enfant | Date de naissance | Date de l'achat | Montant arrondi |
| | A M J | A M J | au dollar le plus près |
| | | | |
| Nom de l'enfant | Date de naissance | Date de l'achat | Montant arrondi |
| | A M J | A M J | au dollar le plus près |
| | | | |
| Prénom de l'enfant | Date de naissance | Date de l'achat | Montant arrondi |
| | A M J | A M J | au dollar le plus près |
| | | | |

Section 3 – Signature de l'étudiante ou de l'étudiant

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| Signature X _____ | Date A M J |
| | |