



Formulaire 5 — Attestation médicale en vue de détenir une bourse du CRSH à temps partiel en raison d'un handicap

BESC Maîtrise

BESC Doctorat

Bourse de doctorat
du CRSH

Bourse postdoctorale
du CRSH

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------|
| Le candidat doit faire remplir ce formulaire par un médecin qualifié ou un autre professionnel de la santé. | | |
| À l'intention du professionnel de la santé | | |
| Votre patient est titulaire d'une bourse du CRSH et demande à détenir sa bourse à temps partiel. Pour y être autorisé, un titulaire d'une bourse doit prouver au CRSH qu'il n'est pas en mesure de poursuivre ses études supérieures à temps plein en raison d'une incapacité ou d'une déficience. L'information que vous fournissez ci-après sera protégée conformément à la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels</i> du gouvernement fédéral. Elle sera utilisée par le personnel du CRSH uniquement en vue de déterminer l'admissibilité du titulaire à poursuivre ses études à temps partiel en raison d'une incapacité. | | |
| Nom de famille du patient (lettres moulées) | Prénom du patient (lettres moulées) | Initiale(s) |
| 1. Décrivez la nature de l'incapacité de votre patient. | | |
| <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Ouïe <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Mentale/émotive/psychologique <input type="checkbox"/> Dextérité manuelle Autre : _____ | | |
| 2. À l'aide d'appareils fonctionnels ou de médicaments délivrés sur ordonnance, votre patient pourrait-il effectuer ses tâches dans un délai normal? | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires _____ | | |
| 3. L'état de votre patient pourrait-il s'améliorer suffisamment pour que ce dernier ne soit plus aussi limité dans ses activités? | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Passez à la section Attestation.) | | |
| 4. Selon vous, dans combien de temps votre patient pourra-t-il reprendre ses activités normales? | | |
| _____ (mois) | | |
| Attestation | | |
| En tant que professionnel qualifié, j'atteste par la présente que, à ma connaissance, le patient en question est incapable de poursuivre des études supérieures à temps plein pour l'instant. | | |
| Nom du professionnel qualifié (lettres moulées) | Signature du professionnel qualifié | |
| Numéro de téléphone du professionnel qualifié | Date | |
| Code régional Numéro Poste | | |
| Votre titre professionnel | | |
| <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Audiologiste <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Optométriste Autre : _____ | | |