



Formulaire 12 — 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 Code régional Numéro Poste	Date	
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 : _____		