

Remarque : Le masculin est utilisé pour faciliter la lecture.

CETTE SECTION **DOIT** ÊTRE REMPLIE LISIBLEMENT PAR L'ÉTUDIANT.

Date _____ Matricule étudiant _____

Nom de famille _____ Prénom _____

Courriel _____ Téléphone _____

CETTE SECTION **DOIT** ÊTRE REMPLIE LISIBLEMENT PAR LE MÉDECIN PRATICIEN.
TOUTE MODIFICATION APPORTÉE PAR L'ÉTUDIANT RENDRA CE CERTIFICAT NUL.

À l'intention du médecin praticien : Si vous recommandez qu'un étudiant abandonne un ou plusieurs cours avant d'avoir évalué son état de santé, vous devez clairement en expliquer la raison.

J'ai examiné l'étudiant susnommé pour évaluer son état de santé le : _____
Date

Cet étudiant n'est pas en mesure de poursuivre des activités normales en raison de la maladie ou blessure suivante : _____

J'ai par conséquent fixé le plan et les visites de suivi ci-après : _____

J'ai conseillé à l'étudiant de réduire sa charge de cours. Oui Non

L'étudiant ne sera pas en mesure d'aller en cours ou en laboratoire, de rédiger des travaux ou de passer des examens du

_____ au _____
Date Date

S'agit-il d'une maladie chronique? Oui Non

Le cas échéant, avez-vous discuté avec l'étudiant des moyens de traitement? Oui Non

Date _____ Téléphone _____

Nom du médecin _____

En caractères d'imprimerie
Numéro de permis ou d'immatriculation _____

Signature _____

