

Date \_\_\_\_\_ Numéro matricule \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

**Remboursement des frais de scolarité** demandé pour l'année et le trimestre \_\_\_\_\_ (par exemple 2005/1, 2005/2, 2005/3, 2005/4); et pour le/les cours suivants:

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE LISIBLE ET COMPLÉTÉE PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ. L'étudiant-e ne doit en aucun cas faire quelque modification que ce soit à cette section.**

**NOTE AU MÉDECIN TRAITANT :** Si le présent certificat autorise le retrait rétroactif d'un étudiant d'un ou de plusieurs cours, la raison qui justifie cette mesure doit être expliquée de manière claire et détaillée. En l'absence de ce justificatif, l'Université se réserve le droit de rejeter la demande.

L'étudiant(e) ci-dessus a consulté un médecin pour un problème médical le \_\_\_\_\_  
Date

L'étudiant(e)  
est/était inapte à se présenter aux cours/labo du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_, et  
Date Date

Sera apte à reprendre ses cours/labos à partir du \_\_\_\_\_  
Date

L'étudiant(e) est ou était inapte à poursuivre des activités normales par suite de la maladie ou de la blessure grave suivante :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cette maladie ou blessure grave était-elle prévisible? \_\_\_\_\_

En quoi cette maladie ou blessure grave a-t-elle empêché l'étudiant(e) d'abandonner le(s) cours avant la date d'abandon prescrite?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En quoi la maladie ou blessure grave a-t-elle empêché l'étudiant(e) de terminer son ou ses cours?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'étudiant(e) avait-il ou avait-elle été avisé(e) de restreindre ou de réduire ses activités scolaires ou de diminuer sa charge de cours?  
Dans l'affirmative,

Combien de cours devrait-il ou devrait-elle abandonner? \_\_\_\_\_

Quel(s) cours devrait-il ou devrait-elle abandonner? \_\_\_\_\_

Pourquoi ce(s) cours et non les autres? \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Tel. No. \_\_\_\_\_

Nom du médecin \_\_\_\_\_  
Prière d'écrire clairement en caractères d'imprimerie

Numéro de permis \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_