

3. Reconnaissance des critères d'admissibilité au statut temps partiel réputé plein

VEUILLEZ NOTER : Cette section DOIT être complétée par un médecin, un audiologiste ou un optométriste.

Cochez **une** réponse pour **chacune** des quatre déficiences indiquées ci-dessous. En cochant « Oui » à l'une des quatre déficiences ci-dessous, vous reconnaissez que l'étudiante ou l'étudiant présente une déficience qui entraîne des limitations significatives et persistantes dans la poursuite de ses études et ce qui la ou le rend admissible à un statut temps partiel réputé temps plein.

Déficience visuelle grave

Oui Non

L'acuité visuelle de chaque oeil, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4.00 dioptries, est d'au plus 6/21, ou le champ de vision de chaque oeil est inférieur à 60°, dans les méridiens 180° et 90°, et, dans l'un ou l'autre cas, la personne est inapte à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familier.

Déficience auditive grave

Oui Non

L'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 70 décibels, en conduction aérienne, sur la moyenne des fréquences hertziennes 500, 1 000 et 2 000. Prière de joindre un audiogramme.

Déficience motrice

Oui Non

Perte, malformation ou anomalie des systèmes squelettique, musculaire ou neurologique responsable de la motricité du corps.

Déficience organique

Oui Non

Trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien.¹

Note : Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour effectuer une demande d'aide financière aux études.

4. Autres renseignements pertinents

5. Identité et signature du professionnel, médecin généraliste ou médecin spécialiste

PRÉNOM ET NOM

NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE

PROFESSION

NOM DU CABINET

ADRESSE DU CABINET

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SIGNATURE

DATE