

La personne qui vous remet le présent formulaire est inscrite à un programme d'études de l'Université de Sherbrooke. S'il est reconnu que l'état de cette personne l'empêche d'accomplir ses activités scolaires jugées obligatoires (examen, séance de laboratoire, remise d'un travail ou autre type d'évaluation) ou de poursuivre ses études, elle pourrait bénéficier, à certaines conditions, de mesures compensatoires.

**Identité de l'étudiante ou l'étudiant**

_____	_____
Nom	Prénom
_____	_____
Date de naissance	Matricule

**Reconnaissance de la condition médicale par un médecin ou une infirmière ou un infirmier**

1. Indiquez la date de la visite : \_\_\_\_\_  
Année/Mois/Jour

2. Selon votre expertise professionnelle, l'étudiante ou l'étudiant : (Cochez S.V.P. la case appropriée.)

peut poursuivre normalement les activités pédagogiques liées à son programme d'études.

peut poursuivre les activités pédagogiques liées à son programme d'études, mais ne pourra pas effectuer l'activité \_\_\_\_\_ prévue à la date \_\_\_\_\_ pour raison de santé.

Doit interrompre ses études pour raison de santé pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
date date

autre : je confirme que le patient s'est présenté au Service de santé de l'UdeS et a rencontré un médecin et/ou une infirmière ou un infirmier pour un problème de santé nécessitant des soins immédiats.

3. Commentaires :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Identité et signature du professionnel de la santé (médecin ou infirmière ou infirmier)**

_____	_____
Prénom et nom	Numéro du permis d'exercice
_____	_____
Adresse du cabinet	Numéro de téléphone
_____	_____
Signature	Date