

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 professionnel de la santé (médecin ou psychologue)

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.)
<input type="checkbox"/> peut poursuivre normalement les activités pédagogiques liées à son programme d'études.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> doit interrompre ses études pour raison de santé pour la période du _____ au _____ date date
<input type="checkbox"/> autre – justifiez : _____
3. Commentaires :

Identité et signature du professionnel de la santé (médecin ou psychologue)

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