



Déclaration du conseiller

En règle générale, nous exigeons des documents provenant de professionnels agréés par : l'Ordre des psychologues de l'Ontario, l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, l'Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario ou les organismes de réglementation équivalents dans les autres provinces respectives.

REMARQUE : Pour qu'un conseiller des Services de counselling personnels ou des Services d'invalidité à York puisse remplir ce formulaire, il faut que vous soyez déjà client des Services de counselling personnels ou inscrit auprès des Services d'invalidité.

1^e Partie : à remplir par l'étudiant

Les renseignements médicaux personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi York University Act de 1965. Ils sont en rapport direct avec vos pétitions académiques ou financières auprès de l'Université York et nécessaires pour appuyer ces dernières.

Conformément à l'article 29 de la LPRPS (Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé), je soussigné(e), l'étudiant(e) ou le/la patient(e) concerné(e), autorise et consens à ce que le(s) médecin(s) nommé(s) dans ce formulaire divulgue(nt) au personnel enseignant ou administratif de l'Université York autorisé à gérer et à prendre en considération les requêtes académiques et financières les renseignements personnels sur ma santé tels qu'ils sont nécessaires ou qu'ils peuvent être raisonnablement exigés par l'Université York pour appuyer mes pétitions académiques ou financières.

Je comprends que l'Université York conservera et classera ces renseignements de telle sorte qu'ils restent confidentiels.

Coordonnées de l'étudiant(e) - en lettres majuscules

Nom de famille			Prénom(s)		
Numéro d'étudiant		Courriel		Téléphone	
Gardez vos coordonnées à jour ! Assurez-vous que nous avons vos coordonnées actuelles. Veuillez vous rapporter à My Personal Info dans la partie My Student Records du site Web des étudiants "Current students" à l'adresse http://registrar.yorku.ca/myonline_services					
Signature de l'étudiant(e)			Date (jj/mm/aa):		

Travaux universitaires affectés

Cours
Travail, p. ex. : devoirs à rendre, travaux dirigés, examens, échéances administratives

Coordonnées de l'étudiant(e) : à remplir par l'étudiant(e) - en lettres majuscules

Numéro d'étudiant	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

Ile partie: à remplir par le conseiller

- Je suis conseiller personnel aux Services de counselling personnels de l'Université York
- Je suis conseiller en invalidité aux Services d'invalidité de l'Université York ; j'ai examiné le dossier médical/psychologique provenant d'un prestataire de soins de santé agréé à la spécialité pertinente et je confirme qu'une invalidité a bien été diagnostiquée
- Je suis un professionnel de la santé mentale ou un médecin de la communauté externe
- Autre: _____

1. Date à laquelle vous avez reçu ce formulaire:

2. Date(s) de la/des consultation(s) :

3. Résumé de la nature des problèmes de counselling ou confirmation des restrictions fonctionnelles associées à l'invalidité diagnostiquée et de l'impact que chacune aurait sur la capacité de l'étudiant(e) à accomplir les travaux universitaires mentionnés ci-avant.

4. À votre avis, les problèmes de counselling ou la nature de l'invalidité ont-ils affecté la capacité de l'étudiant(e) à prendre une décision informée ou à émettre un jugement informé concernant le respect des dates de remise de ses travaux universitaires ?

- Oui Non Impossible à évaluer

5. Pouvez-vous estimer quand l'étudiant(e) sera en mesure de terminer ses travaux en suspens ou de reprendre les cours (s'il ou elle a dû cesser de venir en classe) ?

- Oui Date prévue pour la remise des travaux ou la reprise des cours: _____ Impossible à évaluer

6. Avez-vous d'autres commentaires concernant l'état de cet(te) étudiant(e) en lien avec sa pétition académique ?

Coordonnées de l'étudiant(e) : à remplir par l'étudiant(e) - en lettres majuscules

Numéro d'étudiant	Nom de famille	Prénom(s)
-------------------	----------------	-----------

IIIe partie : à remplir par le conseiller

Coordonnées du conseiller (en lettres majuscules)	
Nom du conseiller	Signature du conseiller/stagiaire (si le conseiller est un stagiaire, la signature de son responsable est également requise.)
Adresse du cabinet	Téléphone / Poste Adresse courriel:
Nom du responsable (le cas échéant)	Signature du responsable (le cas échéant)

Usage interne seulement

Verifié par: _____ Date (jj/mm/aa): _____

Vie privée : Les renseignements personnels relatifs à cette demande sont recueillis conformément à The York University Act, 1965 à des fins pédagogiques, statistiques et administratives. Ces renseignements serviront à procéder à votre inscription aux programmes académiques, à enregistrer et à faire un suivi de vos progrès académiques et pour tout objet relatif à la tenue des registres. Si vous vous posez des questions à propos de la collecte de ces renseignements par l'Université York, veuillez prendre contact avec le/la directrice des Registrarial Services, W120, Université York, 4700, rue Keele, Toronto, ON, M3J 1P3, 416-872-9675.