



DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Les déclarations recevables proviendront de membres en règle d'un corps de médecine professionnelle réglementé à la fois reconnu et adapté. Dans le cas d'un état de santé grave, nous exigeons généralement que ce formulaire soit rempli dans les 48 heures suivant l'examen manqué ou l'échéance d'un devoir non rendu.

1^e Partie: à remplir par l'étudiant(e)

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

Travaux universitaires affectés

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

Les renseignements personnels sur la santé sont recueillis dans ce formulaire en vertu de la loi The York University Act de 1965. Ils sont en rapport direct avec vos requêtes 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.

Signature de l'étudiant(e)	Date (jj/mm/aa)
----------------------------	-----------------

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 médecin traitant

L'étudiant(e) de l'Université York susmentionné(e) a déposé une pétition afin de bénéficier d'un traitement particulier pour raisons médicales. L'étudiant(e) vous autorise, en tant que son médecin traitant, à divulguer les informations requises ci-après.

Date(s) de la/des consultation(s) : _____

J'ai examiné cet(te) étudiant(e) et je confirme que son état de santé physique, psychologique ou psychiatrique est suffisamment grave pour qu'il affecte ou qu'il ait affecté sa capacité à accomplir les travaux universitaires mentionnés en particulier ci-avant.

Période pendant laquelle les travaux universitaires de l'étudiant(e) ont été affectés.	
DÉBUT (jj/mm/aa)	FIN(jj/mm/aa):
Veuillez fournir un bref descriptif de la nature des restrictions fonctionnelles rencontrées (ex. : difficulté à se concentrer, douleur).	
L'état de santé est-il tel qu'il a probablement 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 ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Sur la base de mon avis médical, je suis dans l'incapacité de confirmer qu'un trouble de la santé suffisamment grave ait affecté la capacité de l'étudiant(e) à accomplir les travaux universitaires susmentionnés.

Nom du médecin :	Tampon ou numéro de licence du médecin :
Numéros de téléphone du médecin :	

Je certifie que les renseignements fournis ci-avant sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

Signature du médecin:	Date (jj/mm/aa):
-----------------------	------------------

Si vous avez des questions au sujet de la façon dont ces informations personnelles sont recueillies, utilisées ou divulguées par l'Université York, veuillez prendre contact avec le Bureau des services académiques, Collège universitaire Glendon, Pavillon York C102, Toronto ON, M4N 3M6, tel. 416-487-6715.

Veuillez conserver une copie de ce formulaire dans vos dossiers car votre bureau pourrait être contacté afin de vérifier que le document a bien été rempli par le médecin traitant. L'original doit être rendu à l'étudiant(e) afin qu'il/elle le soumette avec sa pétition.

Usage interne seulement	
Vérfifié par: _____	Date (jj/mm/aa): _____

Protection de la vie privée : les renseignements personnels en rapport avec ce formulaire sont recueillis en vertu du York University Act de 1965 à des fins éducatives, administratives et statistiques. Les renseignements seront utilisés pour traiter votre inscription et votre enregistrement dans des programmes universitaires, pour suivre et consigner vos progrès académiques et à des fins de tenue de registres ayant un rapport de liaison. Si vous avez des questions au sujet de la façon dont ces informations personnelles sont recueillies, utilisées ou divulguées par l'Université York, veuillez prendre contact avec le directeur des services du registraire, au W120 Bennett Centre for Student Services, York University, 4700 Keele Street, Toronto ON, M3J 1P3, 416 872-9675.