



Formulaire remis le : \_\_\_\_\_  
Retour pour le : \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE REMARQUE « INCOMPLET - IN »

### Qu'est-ce que la remarque « Incomplet » ?

Un étudiant se trouvant dans l'impossibilité de compléter un ou plusieurs cours pour un motif grave et indépendant de sa volonté (accident, maladie prolongée, trouble de santé mentale, etc.), peut faire une demande d'incomplet « IN ». Il doit alors démontrer qu'il est dans l'impossibilité de compléter son ou ses cours par l'entremise de son médecin ou d'un professionnel reconnu en présentant les pièces justificatives faisant état du motif ou du diagnostic. La remarque « IN » ne peut être demandée de façon récurrente et, dans certains cas, il se pourrait qu'une demande relativement au même motif ou diagnostic soit refusée. L'étudiant doit s'assurer de prendre les moyens nécessaires pour favoriser sa réussite à une session ultérieure.

### Section à compléter par l'étudiant (en lettres moulées)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance  
Année Mois Jour

N° de l'étudiant

Programme d'étude \_\_\_\_\_

N° de cellulaire : \_\_\_\_\_

Motif de la demande (à compléter par l'étudiant) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Demande portant sur la session : Automne \_\_\_\_\_ Hiver \_\_\_\_\_ Été \_\_\_\_\_  
Année Année Année

Si la demande porte sur tous les cours, cocher cette case :

Pour un ou plusieurs cours seulement, compléter les informations ci-dessous :

_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____
N° du cours	N° de groupe	Nom du cours
_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____
N° du cours	N° de groupe	Nom du cours
_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____
N° du cours	N° de groupe	Nom du cours
_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____
N° du cours	N° de groupe	Nom du cours
_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____
N° du cours	N° de groupe	Nom du cours

J'autorise l'échange d'informations pertinentes et complémentaires à propos de mon dossier avec un autre service du collège et/ou avec le professionnel de la santé appuyant ma demande. Ces informations demeureront confidentielles et seront utilisées uniquement aux fins reliées à l'obtention d'une remarque « Incomplet permanent » et/ou pour assurer un suivi pour une session ultérieure.

J'informerai par MIO mes enseignants que j'ai déposé une demande de remarque « Incomplet – IN »

Signature de l'étudiant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Section à faire compléter par le médecin ou le professionnel autorisé

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

### Une pièce justificative doit obligatoirement accompagner ce formulaire

- Cette pièce doit indiquer la nature du motif grave ayant empêché l'étudiant de compléter un ou des cours pendant la session visée (diagnostic, évaluation du fonctionnement psychologique ou social, évaluation de la fonction neuromusculosquelettique, etc.).
- Elle doit être signée par le même médecin ou professionnel qui complète le présent formulaire.

### Évaluation des impacts sur le fonctionnement de l'étudiant et sur ses études

La situation de l'étudiant est-elle nouvelle ou déjà connue ?  
Situation nouvelle  OUI  NON, si **NON** indiquer si la situation est  stable ou  aggravée

Précisez la durée de la situation ayant affecté l'étudiant à l'intérieur des dates de la session visée  
(Au-delà de 3 semaines)

Date de début : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Année Mois Jour

Date de fin : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Année Mois Jour

### Recommandation - Conséquences de la situation sur les études

- Je recommande l'interruption obligatoire de tous les cours (incapacité totale)  
 Je recommande un allègement de la charge de travail scolaire avec retrait d'un ou plusieurs cours (incapacité partielle)

### Identification du médecin et/ou professionnel autorisé

Médecin  Psychologue  Autre professionnel, précisez svp : \_\_\_\_\_

Nom du médecin ou du professionnel : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées svp)

Signature du médecin ou du professionnel : \_\_\_\_\_

Numéro du permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Section à compléter par le médecin ou le professionnel si la demande est tardive

La demande d'incomplet sera recevable seulement durant la session d'études concernée ou, à moins de circonstances exceptionnelles, au plus tard un (1) an après la fin de la session concernée. Les motifs du retard devront être justifiés ici par le médecin ou le professionnel appuyant la demande.

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Justification tardive</b> | 1. L'étudiant n'a pas réussi à obtenir un rendez-vous dans les délais prescrits (soit pendant la session visée). _____ <input type="checkbox"/>                |
|                              | 2. L'étudiant m'a remis son formulaire pendant la session visée mais le traitement n'a pas pu être fait dans les délais. _____ <input type="checkbox"/>        |
|                              | 3. L'étudiant n'était pas en mesure d'effectuer la démarche pendant la session visée, en raison de la nature de son incapacité. _____ <input type="checkbox"/> |
|                              | 4. Un diagnostic était en cours d'évaluation pendant la session visée et vient d'être confirmé. _____ <input type="checkbox"/>                                 |
|                              | 5. Autres (précisez SVP) _____ <input type="checkbox"/>  |

**Signature du médecin ou du professionnel :** \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_