



## 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 (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Date de fin (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

### 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)

### 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. (Mettre un X dans la case appropriée.)

Justification tardive

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

### Identification du médecin et/ou professionnel autorisé

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

Nom du médecin ou du professionnel : \_\_\_\_\_

Numéro du permis : \_\_\_\_\_

Signature du professionnel: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Remettre ce formulaire dûment rempli avec la pièce justificative demandée au **Carrefour-conseil, local C-378.00** ou par courriel à l'adresse [incomplet@csfoy.ca](mailto:incomplet@csfoy.ca)

Le délai de traitement des demandes d'incomplet est habituellement d'environ 3 semaines.