



RAPPORT D'ÉVALUATION PROFESSIONNELLE

(pour un retour aux études)

à la suite de l'obtention de mention d'incomplet (IN)

A IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom de l'élève _____ Prénom : _____

Numéro de matricule : _____ Numéro de programme : _____

Adresse _____
numéro rue appartement

_____ ville province code postal

B AUTORISATION DE L'ÉLÈVE

J'autorise le professionnel de la santé à fournir au Cégep de Saint-Jérôme tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé.

Le Cégep s'engage à respecter la confidentialité des renseignements fournis à l'intérieur de ce formulaire.

_____ Signature de l'élève (obligatoire) _____ Date

C PREUVE DE SANTÉ

L'élève identifié sur ce rapport a obtenu un avis médical déclarant une incapacité de poursuivre ses études pour une durée indéterminée à une session antérieure.

Pouvez-vous confirmer que cet élève est maintenant apte à assumer la charge de travail nécessitée par une session d'études collégiales à temps complet (minimum de 4 cours ou 12 heures/semaine).

☐ Oui

☐ Non

et/ou À effectuer un stage dans son programme d'étude.

☐ Oui

☐ Non

Veuillez identifier la session à laquelle le retour aux études est demandé :

☐ Session Automne : Août à décembre

☐ Session Hiver : Janvier à mai

Précisez des conditions particulières, s'il y a lieu.

D IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Seul un médecin, une infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL), un psychologue ou tout autre professionnel de la santé (incluant santé mentale) affilié à un ordre professionnel, est habilité à signer ce formulaire (**signature, no de permis et estampille sont obligatoires**).

Nom du professionnel de la santé (en lettres moulées) : _____

No de permis d'exercice _____ Tél: _____

Adresse d'affaire : _____

APPOSER VOTRE ESTAMPILLE

Signature

Date

N.B. Les frais inhérents à ce rapport sont à la charge de l'élève.