Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada | Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada | Canada

CRSNG
350, rue Albert
Ottawa (Ontario)
K1A 1H5
Canada

Formulaire 4
Attestation médicale en vue de détenir une BESC, une bourse ES ou une BP du CRSNG à temps partiel en raison d'une incapacité
(Le candidat doit faire remplir ce formulaire par un médecin qualifié ou un autre professionnel de la santé.)

A faire parvenir au CRSNG

ES A ☐ ES B ☐ ES M ☐ ES D ☐ BESC M ☐ BESC D ☐ BP ☐ NIP du CRSNG _____

PROTÉGÉ une fois rempli

Adresse de courriel du titulaire de la bourse

À l'intention du professionnel de la santé

Votre patient est titulaire d'une bourse du CRSNG. Cette bourse lui permettra de financer ses études supérieures ou ses travaux de recherche. Il demande à détenir sa bourse à temps partiel. Pour y être autorisé, le titulaire d'une bourse doit prouver au CRSNG qu'il n'est pas en mesure de poursuivre ses études supérieures ou ses travaux de recherche à temps plein en raison d'une incapacité ou d'une déficience. L'information que vous fournissez ci-après sera protégée conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada. Elle sera utilisée par le personnel du CRSNG uniquement en vue de déterminer l'admissibilité du titulaire à détenir sa bourse à temps partiel en raison d'une incapacité.

Prière d'écrire en lettres moulées

Nom de famille, prénom et initiale(s) du patient

_____

1. Décrivez la nature de l'incapacité de votre patient.

☐ Vision ☐ Ouïe ☐ Mobilité ☐ Mentale, émotive ou psychologique ☐ Dextérité manuelle

☐ Autre _____

2. À l'aide d'appareils fonctionnels ou de médicaments délivrés sur ordonnance, votre patient pourrait-il effectuer ses tâches dans un délai normal?

☐ Oui ☐ Non Commentaires

_____

3. L'état de votre patient pourrait-il s'améliorer suffisamment pour que ce dernier ne soit plus aussi limité dans ses activités?

☐ Oui ☐ Non (Passez à la section Attestation.)

4. Selon vous, dans combien de temps votre patient pourra-t-il reprendre ses activités normales? _____ mois

Attestation

En tant que professionnel qualifié, j'atteste par la présente que, à ma connaissance, le patient en question est incapable de poursuivre des études supérieures ou des travaux de recherche à temps plein pour l'instant.

_____ *Signature*

_____ *Nom en lettres moulées*

_____ *N° de téléphone*

_____ *Date (jour/mois/année)*

Profession :

☐ Médecin ☐ Optométriste ☐ Audiologiste ☐ Ergothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste

☐ Autre _____