Université de Montréal

Certificat médical – Enfant à la charge de la personne aux études
Déficiences fonctionnelles majeures et troubles mentaux 2024-2025

Ce formulaire doit être rempli par une ou un médecin généraliste ou une ou un médecin spécialiste.

Pour déclarer la déficience fonctionnelle majeure ou le trouble mental de l'enfant dont elle ou il a la charge, le parent aux études doit ensuite joindre le certificat médical en le téléversant au formulaire dûment rempli dans son Centre étudiant.

Section 1 – Identité de la personne aux études

Nom

Prénom

Matricule étudiant du parent aux études

Section 2 – Identité de l'enfant à la charge de la personne aux études

Nom

Prénom

Date de naissance

A M J

Section 3 – Reconnaissance de la déficience fonctionnelle majeure de l'enfant

Remplissez cette section si l'enfant est atteint d'une **déficience fonctionnelle majeure**.

La déficience est : Temporaire ☐ Permanente ☐

Pouvez-vous affirmer que la déficience dont est atteint l'enfant entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes ? Oui ☐ Non ☐

Indiquez la date du diagnostic : A M J

Cochez le type de déficience :

Déficience visuelle grave
L'acuité visuelle de chaque oeil, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4.00 dioptries, est d'au plus 6/21, ou le champ de vision de chaque oeil est inférieur à 60°, dans les méridiens 180° et 90°, et, dans l'un ou l'autre cas, la personne est inapte à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familier. ☐ Oui ☐ Non

Déficience auditive grave
L'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 70 décibels, en conduction aérienne, sur la moyenne des fréquences hertziennes 500, 1 000 et 2 000. Dans ce cas, vous devez joindre à ce formulaire un audiogramme. ☐ Oui ☐ Non

Section 3 – Reconnaissance de la déficience fonctionnelle majeure de l'enfant (suite)

Déficience motrice ☐ Oui ☐ Non
Perte, malformation ou anomalie des systèmes responsables de la motricité du corps.

Déficience organique ☐ Oui ☐ Non
Trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien.

Section 4 – Reconnaissance du trouble mental de l'enfant

Remplissez cette section si l'enfant est atteint d'un **trouble mental** décrit dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V-TR).

Le trouble mental est : Temporaire ☐ Permanent ☐

Pouvez-vous affirmer que le trouble mental dont est atteint l'enfant entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes ? Oui ☐ Non ☐

Indiquez la date du diagnostic : A M J

Section 5 – Identité et signature de la ou du médecin

Nom

Prénom

N° de permis d'exercice

Profession

Adresse du cabinet :

Numéro civique

Rue

Municipalité

Téléphone

Télécopieur

Signature de la ou du médecin

X

Date A M J