

## Formulaire médical

Le Service des besoins spéciaux de l'Université de Saint-Boniface offre des accommodements à toutes les étudiantes et à tous les étudiants qui ont une incapacité permanente ou temporaire sur présentation de documentation de leur médecin ou autre professionnel autorisé.

**Cette fiche dûment remplie doit être remise au bureau du Service des besoins spéciaux en main propre, par la poste ou par télécopieur au numéro (204) 235-4486.**

### Coordonnées de l'étudiant(e)

Nom	Prénom	N° étudiant	
Adresse		Ville	Province
			Code postal
N° de téléphone ( )	Courriel	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	

### Autorisation de l'étudiant(e)

J'autorise que l'information qui figure sur cette fiche soit transmise au Service des besoins spéciaux de l'Université de St-Boniface

Date	Signature de l'étudiant(e)
Témoïn (lettres en caractères d'imprimerie)	Témoïn (signature)

### Diagnostic

Diagnostic	Date du diagnostic ou des premiers symptômes
Diagnostic secondaire (s'il y a lieu)	Date du diagnostic ou des premiers symptômes
Type d'incapacité <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Chronique <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Réévaluation périodique nécessaire	Dans le cas d'une incapacité temporaire, indiquez la date anticipée de guérison : _____  S'il est nécessaire de réévaluer périodiquement, spécifiez la fréquence : _____

<sup>1</sup>présent depuis les deux dernières années et persistera pendant au moins les deux prochaines années

### Médicaments

Est-ce que l'étudiant prend présentement des médicaments?  Oui  Non

Si oui, veuillez décrire les effets secondaires qui pourraient avoir une incidence sur la capacité de l'étudiant(e) d'effectuer ses études universitaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

