

Formulaire d'appel médical

Programme intégré d'aide financière aux étudiants Canada – Terre-Neuve-et-Labrador

Directives : • Si vous demandez qu'une restriction soit supprimée de votre dossier ou que les montants excédentaires qui vous ont été consentis soient mis de côté en raison d'un retrait pour raisons médicales, vous et votre professionnel de la santé devez remplir le présent formulaire. Remplissez la section A et demandez à votre professionnel de la santé de remplir la section B. • Les frais facturés par le professionnel de la santé pour remplir le présent formulaire ne seront pas remboursés par les services financiers aux étudiants (StudentAidNL). Dates limites pour faire appel : • Pour les semestres de 12 semaines ou plus, la date limite est de huit semaines avant la fin de la période d'études (semestre) visée par l'appel. • Pour les semestres de moins de 12 semaines, la date limite est de quatre semaines avant la fin de la période d'études (semestre) visée par l'appel. Norme de service : 14 jours de la date de réception de l'appel. Nota : Inclure une lettre expliquant les circonstances médicales qui ont mené au retrait ou à l'abandon de cours, ou encore aux montants excédentaires.

A. Renseignements personnels de l'étudiant J'autorise un appel de mon évaluation en raison de circonstances exceptionnelles. J'atteste que les renseignements fournis avec cette demande sont exacts et complets. Je consens à ce que mon professionnel de la santé transmette ces renseignements à la Division des services financiers aux étudiants.		
Prénom de l'étudiant	Nom de famille de l'étudiant	Numéro d'assurance sociale (NAS) de l'étudiant XXX-XXX-
Signature de l'étudiant		Date
B. Circonstances atténuantes ou médicales (à remplir par votre professionnel de la santé)		
Nom du professionnel de la santé	Tampon officiel du cabinet médical	
Province		
Ville		
Numéro de téléphone		

L'étudiant aurait-il pu poursuivre des études à temps plein et terminer le semestre étant donné les problèmes médicaux énoncés? ☐ Oui ☐ Non	Si non, décrivez brièvement les problèmes médicaux et la raison pour laquelle l'étudiant n'a pas pu poursuivre ses études à temps plein. (Utilisez des feuilles additionnelles, au besoin.)
Indiquez la période estimative pendant laquelle ses études ont été ou seront touchées. Du _____ au _____	Indiquez la date à laquelle l'étudiant sera considéré comme étant médicalement apte à reprendre ses études :
Signature du professionnel de la santé	Date

Collecte et utilisation des renseignements personnels :

Les renseignements personnels sont recueillis en vertu de la **Loi fédérale sur les prêts aux étudiants**, de la **Loi fédérale sur l'aide financière aux étudiants** et de la « **Student Financial Assistance Act, 2019** » [loi sur l'aide financière aux étudiants] (Terre-Neuve-et-Labrador), avec toutes leurs modifications successives, et serviront à déterminer et à vérifier l'admissibilité aux programmes fédéraux et provinciaux d'aide financière aux étudiants. Si vous avez des questions au sujet de la collecte ou de l'utilisation de ces renseignements, veuillez communiquer avec le directeur, Division des services financiers aux étudiants, ministère de l'Éducation, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, C.P. 8700, St. John's (T.-N.-L.) A1B 4J6 ou composer le 709-729-5849.