

Demande de remarque « Incomplet permanent »

Définition d'une demande de remarque « *Incomplet permanent* » (IN) :

Exceptionnellement, la Direction des études peut accorder la mention « IN » pour le ou les cours que l'étudiant n'est pas en mesure de compléter en raison d'un motif grave et indépendant de sa volonté en présentant les pièces justificatives exigées (maladie prolongée, accident, etc.). Cette mention « IN » est permanente. L'étudiant est avisé que la remarque « IN » ne peut être demandée de façon récurrente et que, dans certains cas, il ne pourra plus obtenir la mention d'incomplet permanent relativement au même motif ou diagnostic. Par ailleurs, l'étudiant est invité à s'assurer que sa situation personnelle lui permettra de réussir tous les cours auxquels il sera inscrit à une session ultérieure.

Consignes :

- ◆ La durée minimale de l'incapacité empêchant l'étudiant de se consacrer pleinement à ses études lors d'une session (automne ou hiver) doit s'être prolongée **au-delà de trois (3) semaines**.
- ◆ La demande doit être présentée au moment de l'incapacité, soit **pendant la session visée**. Pour des raisons jugées exceptionnelles, une demande peut être faite au plus tard un an après la fin de la session visée. Dans ce cas, les motifs du retard devront être justifiés par écrit à l'aide du formulaire « Justification d'une demande tardive ».
- ◆ La section à l'intention du professionnel doit être remplie et signée par un professionnel légalement reconnu.
- ◆ La demande doit être accompagnée d'une **pièce justificative indiquant la nature de l'incapacité signée par le professionnel signataire du formulaire**.
- ◆ L'étudiant a la responsabilité de recueillir les pièces justificatives exigées et de les remettre avec l'ensemble des formulaires complétés au Service de l'admission.

Section à l'intention de l'étudiant

Déclaration de l'étudiant

(en lettres moulées, svp)

Nom : _____ Prénom : _____

Matricule : _____ Date de naissance : _____

Titre du programme : _____

Je demande que mon dossier soit évalué en vue de l'attribution de la remarque « *Incomplet permanent* » et j'atteste avoir fréquenté ces cours à la session :

Automne _____ / Hiver _____ / Été _____

Si la demande porte sur tous les cours, cocher cette case :

Pour un ou plusieurs cours seulement, indiquer le(s) numéro(s) de cours et de groupe(s) concerné(s) ainsi que le(s) nom(s) du cours :

_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
<small>N° du cours</small>	<small>N° de groupe</small>		<small>Nom du cours</small>	
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
<small>N° du cours</small>	<small>N° de groupe</small>		<small>Nom du cours</small>	
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
<small>N° du cours</small>	<small>N° de groupe</small>		<small>Nom du cours</small>	
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
<small>N° du cours</small>	<small>N° de groupe</small>		<small>Nom du cours</small>	
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
<small>N° du cours</small>	<small>N° de groupe</small>		<small>Nom du cours</small>	

Motif de la demande (**obligatoire**) : _____

Signature de l'étudiant : _____ Date : _____

Numéro de cellulaire : _____

Autorisation de divulgation d'information

J'autorise l'échange d'informations pertinentes et complémentaires à propos de mon dossier avec un autre service du collège et/ou avec le professionnel de la santé appuyant ma demande. Ces informations demeureront confidentielles et seront utilisées uniquement aux fins reliées à l'obtention d'une remarque « *Incomplet permanent* » et/ou pour assurer un suivi pour une session ultérieure.

Signature de l'étudiant : _____

Section à l'intention du professionnel

(Seuls les professionnels légalement autorisés sont habilités à remplir cette section)

• **NATURE DE L'INCAPACITÉ AU COURS DE LA SESSION VISÉE :**

Joindre une pièce justificative indiquant la nature de l'incapacité (diagnostic, évaluation du fonctionnement psychologique, évaluation de la fonction neuromusculosquelettique, etc.) (**obligatoire**)

• **INCAPACITÉ STABLE OU AGGRAVÉE AU COURS DE LA SESSION VISÉE :**

Situation nouvelle OUI NON, si **NON** indiquer si la situation est stable ou aggravée

• **DURÉE DE L'INCAPACITÉ AU COURS DE LA SESSION VISÉE :**

(Au-delà de 3 semaines)

Date de début : |__|_|_|_|_|_| |__|_|_|_|_|_| |__|_|_|_|_|_|
Année Mois Jour

Date de fin : |__|_|_|_|_|_| |__|_|_|_|_|_| |__|_|_|_|_|_|
Année Mois Jour

Ces deux dates doivent **obligatoirement** être indiquées.

• **CONSÉQUENCES SUR LES ÉTUDES AU COURS DE LA SESSION VISÉE:**

Interruption obligatoire de tous les cours (incapacité totale)

Allègement de la charge de travail scolaire avec retrait d'un ou plusieurs cours (incapacité partielle)

• **IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL :**

Médecin Psychologue Autre professionnel, précisez svp : _____

Nom du professionnel : _____

(en lettres moulées svp)

Signature du professionnel : _____

Numéro du permis : _____ Date de la consultation : _____

SVP, n'oubliez pas de joindre **une pièce justificative** signée par le même professionnel qui complète le présent document.

Section réservée à l'administration du Cégep

Demande reçue le : _____ Suivi par les services adaptés : OUI NON

IN reçu(s) pour une/des session(s) antérieure(s) : OUI NON ↪ si session(s) antérieure(s) : _____

Inscrit(e) à la prochaine session : OUI NON si non motif de désistement : _____

Section à l'intention de l'étudiant signée et complétée :

Section à l'intention du professionnel signée et complétée :

Pièce justificative signée par le même professionnel

Validation du numéro de permis

↪ (si médecin résident, validation au Collège des médecins faite le : _____)

Durée de l'incapacité :

Session régulière : au-delà de 3 semaines

Cours d'été ou stage : 20% de la durée totale (dates : du _____ au _____)

Période des examens finaux (dates des examens : du _____ au _____)

Demande pour une session antérieure :

Justification de la demande tardive complétée par un professionnel

Motif expliquant la demande tardive recevable

Demande traitée par _____ le : _____

Acceptée Refusée

MIO : 1 2 3 4 5 Autre : _____

Référence(s) à faire : Service du chem. scolaire Services adaptés Service de consultation Autre : _____

Commentaires : (allègement de session, éducation physique adapté, etc.) _____

Signature de la personne responsable: _____ le : _____

IN porté au bulletin par : JD – GH – Autre : _____ Code(s) enlevé(s) MIO Appel fait le : _____