

Formulaire de preuve de handicap

La Bourse d'études Rick et Amanda Hansen pour les jeunes ayant un handicap

Une ou un médecin ou une ou un psychiatre agréé au Canada qui connaît le mieux votre état de santé doit remplir le présent formulaire.

1. Détails sur la personne qui fait la demande

Prénom officiel	
Nom officiel	
Date de naissance	

2. Détails sur la ou le médecin ou la ou le psychiatre

Nom complet de la ou du médecin ou de la ou du psychiatre	
Spécialité	
N ^o de permis médical	
Province/territoire d'agrément	
Adresse postale du cabinet médical	
Numéro de téléphone principal	
Adresse de courriel (facultative)	

3. Renseignements sur le handicap

La personne qui fait la demande a un handicap, qui se définit comme une limitation fonctionnelle permanente ou épisodique, qui nuit à sa capacité à participer pleinement à l'enseignement postsecondaire.	Oui	Non
Diagnostic de la personne qui fait la demande		
Description du handicap, y compris la façon dont le handicap limite la capacité de la personne qui fait la demande à participer pleinement à des études postsecondaires.		

4. Consentement de la ou du médecin ou de la ou du psychiatre

En signant ce formulaire, je comprends que je fournis des renseignements que la Fondation Rick Hansen utilisera pour déterminer l'admissibilité de la personne candidate à la Bourse d'études Rick et Amanda Hansen pour les jeunes ayant un handicap. Par conséquent, je confirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, complets, véridiques et exacts.

Signature :

Date (mm/jj/aaaa) :

Timbre du cabinet médical

