

# Formulaire de preuve de handicap

## La Bourse d'études Rick et Amanda Hansen pour les jeunes en situation de handicap

Une ou un médecin praticien agréé autorisé au Canada qui connaît le mieux votre état de santé doit remplir le présent formulaire. Pour obtenir une liste des médecins praticiennes et praticiens autorisés, veuillez consulter la [Liste des professionnels de la santé autorisés aux fins du crédit d'impôt pour frais médicaux](#).

### 1. Détails sur la personne qui fait la demande

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Prénom légal                   |  |
| Nom légal                      |  |
| Date de naissance (AAAA/DD/JJ) |  |

### 2. Détail de la ou du médecin praticien autorisé

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Profession                         |  |
| Nom complet                        |  |
| Spécialité (le cas échéant)        |  |
| No de permis                       |  |
| Province/territoire d'agrément     |  |
| Adresse postale du cabinet médical |  |
| Numéro de téléphone principal      |  |
| Adresse de courriel (facultative)  |  |

### 3. Renseignements sur le handicap

|                                                                                                                                                                                             |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| La personne intéressée a un handicap, qui se définit comme une limitation fonctionnelle permanente ou épisodique et qui, s'il y a des obstacles, empêche une participation pleine et égale. | Oui | Non |
| Diagnostic de la personne qui fait la demande (facultative)                                                                                                                                 |     |     |
| Description du handicap, y compris la façon dont le handicap limite la capacité de la personne qui fait la demande à participer à des études postsecondaires.                               |     |     |

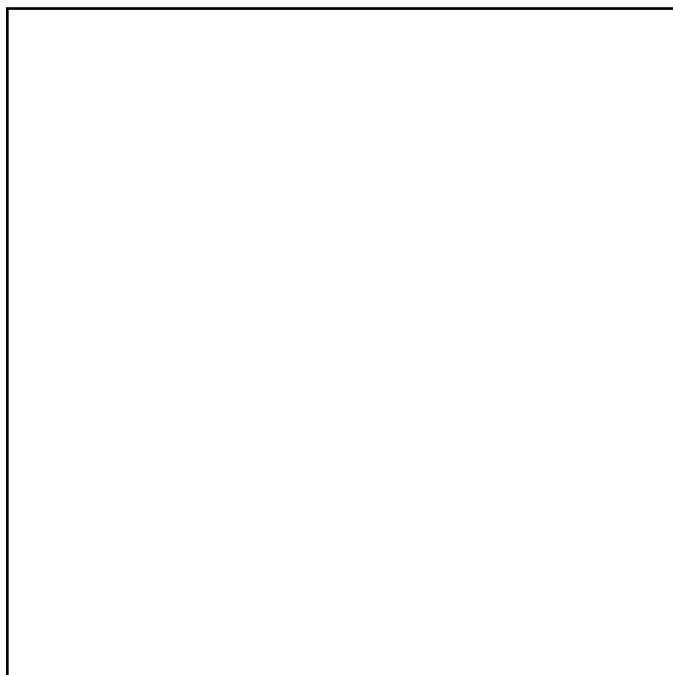
#### 4. Consentement de la ou du médecin praticien autorisé

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 en situation de handicap. Par conséquent, je confirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, complets, véridiques et exacts.

Signature de la ou du médecin praticien autorisé

Date (jj/mm/aaaa) :

Timbre du cabinet médical de la ou du médecin praticien autorisé (le cas échéant)



Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de confidentialité de la Fondation Rick Hansen, veuillez consulter <https://www.rickhansen.com/fr/privacy-policy>