



## Attestation du professionnel de la santé pour un congé médical

### Informations pour le professionnel de la santé

Nous vous prions de fournir une attestation médicale au sujet de votre patient(e), qui demande le congé médical. Le gouvernement du Canada et les provinces du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Saskatchewan, du Manitoba et de la Colombie-Britannique offrent un congé médical aux emprunteurs qui quittent l'école pour des raisons médicales, y compris des raisons de santé mentale. Pendant ce congé, les intérêts ne s'accumulent pas et le remboursement des prêts d'études canadiens et provinciaux des provinces indiquées n'est pas exigé.

Nous n'exigeons aucune information médicale. Nous vous demandons seulement **d'attester** que votre patient(e) remplit les critères d'admissibilité médicale.

### Admissibilité médicale

Le Programme canadien d'aide financière aux étudiants (PCAFE) et tout programme provincial ou territorial de prêts aux étudiants applicables exigent que le demandeur fournisse l'attestation d'un professionnel de la santé selon laquelle le demandeur a un problème médical, y compris un problème de santé mentale, qui, de l'avis d'un professionnel de la santé, nuit considérablement à la capacité du demandeur de poursuivre son programme d'études.

Le professionnel de la santé doit tenir compte de la nature du programme d'études afin de déterminer si le problème médical d'un emprunteur nuit considérablement à sa capacité de poursuivre son programme d'études.

**Remarque :** Aux fins du congé médical, un professionnel de la santé est un membre en règle d'une profession médicale ou de soins de santé, y compris les professions de soins de santé mentale, qui est reconnue par la province ou le territoire dans lequel le professionnel exerce.

### Important - Prière de lire ce qui suit avant de remplir ce formulaire

La collecte et l'utilisation des renseignements personnels aux fins de l'administration du PCALE sont autorisées par la *Loi fédérale sur l'aide financière aux étudiants* (LFAFE) et de la *Loi fédérale sur les prêts aux étudiants* (LFPE), et sont administrées conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. **Ces renseignements peuvent être consultés, sur demande, par le demandeur.**

Veillez noter que le ou la patient(e) est responsable de tous les frais encourus pour remplir cette *Attestation du professionnel de la santé pour un congé médical*.

**La section B doit être remplie par un professionnel de la santé. Veuillez écrire lisiblement.**

### Demande par la poste

Remarque à l'intention du demandeur : Envoyez la *demande de congé médical ou parental* dûment remplie, signée et datée, accompagnée de l'*attestation du professionnel de la santé pour un congé médical* (le cas échéant) au Centre de service national de prêts aux étudiants (CSNPE) à l'adresse suivante :

**Centre de service national de prêts aux étudiants  
C.P. 4030  
Mississauga (ON) L5A 4M4**

**La version originale de l'attestation complétée doit être présentée. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.**



## Attestation du professionnel de la santé pour un congé médical

A. Renseignements sur le demandeur (votre patient(e))		
Nom de famille	Prénom	
Adresse		
Ville	Province ou territoire	Code Postal
Numéro de téléphone	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
B. Nom, coordonnées et attestation du professionnel de la santé		
J'atteste que mon ou ma patient(e) a un problème médical qui, à mon avis, nuit considérablement à la capacité de mon ou ma patient(e) de poursuivre son programme d'études, et que ce problème médical a commencé le _____ Date (AAAA-MM-JJ)		
<b>En apposant votre signature ci-dessous, vous attestez qu'à votre connaissance, les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Vous comprenez que la production d'une déclaration fausse ou trompeuse constitue une infraction.</b>		
<b>Nom, coordonnées et signature du professionnel de la santé.</b>		
<b>Écrivez en lettres moulées et lorsque c'est indiqué, veuillez estamper (si possible).</b>		
Nom au complet du professionnel de la santé		
Numéro d'autorisation attribué par la province ou le territoire		
Adresse (veuillez estamper si possible)	Type de pratique <input type="radio"/> Médecin généraliste <input type="radio"/> Infirmier(ère) praticien(ne) <input type="radio"/> Spécialiste (veuillez préciser la spécialité) <input type="radio"/> Autre (veuillez spécifier) _____	
Signature	Date (AAAA-MM-JJ)	Numéro de téléphone

La version originale de l'attestation complétée doit être présentée. Veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.