





IDENTIFICATION


Numéro de membre	Adresse	
Prénom	Ville	Province/État
Nom	Pays	Code postal
Courriel	Téléphone – Domicile	Téléphone - Bureau

INSTRUCTIONS

 Le Règlement sur la formation continue obligatoire des ingénieurs prévoit qu'un membre qui produit une attestation médicale justifiant qu'il est dans l'impossibilité de suivre des activités de formation continue depuis plus de six mois peut obtenir une dispense totale ou partielle de ses obligations de formation continue (article 11, 3^e alinéa du Règlement). Pour faciliter l'administration de ce type de dispense, l'Ordre demande aux médecins de produire la ou les attestations médicales requises en utilisant le présent formulaire.

 **Partie 1** : À remplir lors d'une première occurrence d'impossibilité pour motif médical.
 **Partie 2** : À remplir lorsque l'impossibilité se poursuit et que le médecin fait un suivi. Cette partie doit toujours être accompagnée de la partie 1.

 **DURÉE INDÉTERMINÉE** : À défaut d'obtenir une date de prochain rendez-vous pour un suivi médical, la dispense pourra être accordée jusqu'à la date de signature du formulaire par le médecin.

 Une fois le formulaire rempli, sauvegardez-le et joignez-le à la demande de dispense que vous ferez en ligne via votre [portail](#).

PARTIE 1 : ATTESTATION MÉDICALE – À REMPLIR PAR UN MÉDECIN

Veuillez cocher la situation qui s'applique et inscrire les renseignements demandés :

J'atteste qu'en raison de son état de santé, le membre visé par cette demande, est ou était dans l'impossibilité de suivre des activités de formation continue **pour la période suivante** :

OU

DU	_____	AU	_____
	(AAAA-MM-JJ)		(AAAA-MM-JJ)

J'atteste qu'en raison de son état de santé, le membre visé par cette demande, est ou était dans l'impossibilité de suivre des activités de formation continue **pour une durée indéterminée***

Date de début de la période d'impossibilité
_____ (AAAA-MM-JJ)

Date du prochain rendez-vous de suivi
_____ (AAAA-MM-JJ)

Signature du médecin

Titre professionnel

Nom et prénom en lettres moulées

Numéro de permis

Date

***Important** : Lors des rendez-vous, le membre doit faire remplir la Partie 2 du présent formulaire au médecin.

PARTIE 2 - RENDEZ-VOUS DE SUIVI – À REMPLIR PAR UN MÉDECIN
À REMPLIR UNIQUEMENT SI UNE DURÉE INDÉTERMINÉE A ÉTÉ CONSIGNÉ À LA PARTIE 1

Veillez cocher la situation qui s'applique et inscrire les renseignements demandés :

SUIVI #1

J'atteste que la situation indiquée à la partie 1 se prolonge pour une période indéterminée.

Date du prochain rendez-vous de suivi _____

OU

(AAAA-MM-JJ)

J'atteste que la situation indiquée à la partie 1 se terminera le _____
(AAAA-MM-JJ)

Signature du médecin

Titre professionnel

Nom et prénom en lettres moulées

Numéro de permis

Date

SUIVI #2

Veillez cocher la situation qui s'applique et inscrire les renseignements demandés :

J'atteste que la situation indiquée à la partie 1 se prolonge pour une période indéterminée.

Date du prochain rendez-vous de suivi _____

OU

(AAAA-MM-JJ)

J'atteste que la situation indiquée à la partie 1 se terminera le _____
(AAAA-MM-JJ)

Signature du médecin

Titre professionnel

Nom et prénom en lettres moulées

Numéro de permis

Date

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je certifie et affirme solennellement que les informations fournies dans ce formulaire ainsi que tous les documents joints sont vrais, exacts et non altérés.

Signature du membre

Date