

Vous devez utiliser le présent formulaire si vous souhaitez que l'on vous considère comme une personne aux études à temps plein dans le cadre du programme de bourses Perspective Québec. **Remplissez uniquement la ou les parties qui s'appliquent à votre situation.**

Cette partie doit être remplie par la personne qui **était enceinte d'au moins 20 semaines pendant sa session d'études.**

**Section 1 – Renseignements sur la personne aux études**

Nom Code permanent attribué par le Ministère

Prénom Date de naissance

Session d'études visée par la déclaration  Automne 2022  Hiver 2023  Été 2023

**Section 2 – Attestation de grossesse**

**Faites remplir les champs suivants par la personne qui assure le suivi de votre grossesse (médecin, infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé, membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec).**

- Médecin
- Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé
- Membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone Poste

Ind. rég.

Numéro du permis d'exercice : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Date d'atteinte de la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse : \_\_\_\_\_ Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_

Cette attestation ne peut être signée avant la date d'atteinte de la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse.

**Signature de la ou du médecin, de l'infirmière praticienne spécialisée ou l'infirmier praticien spécialisé ou de la ou du membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec**

X \_\_\_\_\_ Date

A M J

**Signature de la personne aux études**

X \_\_\_\_\_ Date

A M J



Cette partie doit être remplie par **la personne qui a habité avec au moins un enfant, le sien ou celui de son conjoint ou sa conjointe**, pendant sa session d'études. Veuillez également fournir une copie du certificat de naissance du ou des enfants.

**Section 1 – Renseignements sur la personne aux études**

Nom Code permanent attribué par le Ministère

Prénom Date de naissance

Session d'études visée par la déclaration  Automne 2022  Hiver 2023  Été 2023

**Section 2 – Situation familiale**

Est-ce que vous résidiez avec un conjoint ou une conjointe?  Oui  Non

**Informations sur le ou les enfants à charge**

1. Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance

Dans le cas d'une garde partagée, veuillez indiquer le nombre de jours par mois où l'enfant habite avec vous.

Septembre 2022	Octobre 2022	Novembre 2022	Décembre 2022	Janvier 2023	Février 2023	Mars 2023	Avril 2023	Mai 2023	Juin 2023	Juillet 2023	Août 2023
----------------	--------------	---------------	---------------	--------------	--------------	-----------	------------	----------	-----------	--------------	-----------

Est-ce que l'enfant présente une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale?  Oui  Non  
(Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé ou remplir la partie 3 de ce formulaire.)

Nom et prénom du parent biologique ou adoptif Signature X

Nom et prénom de l'autre parent biologique ou adoptif Signature X

2. Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance

Dans le cas d'une garde partagée, veuillez indiquer le nombre de jours par mois où l'enfant habite avec vous.

Septembre 2022	Octobre 2022	Novembre 2022	Décembre 2022	Janvier 2023	Février 2023	Mars 2023	Avril 2023	Mai 2023	Juin 2023	Juillet 2023	Août 2023
----------------	--------------	---------------	---------------	--------------	--------------	-----------	------------	----------	-----------	--------------	-----------

Est-ce que l'enfant présente une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale?  Oui  Non  
(Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé ou remplir la partie 3 de ce formulaire.)

Nom et prénom du parent biologique ou adoptif Signature X

Nom et prénom de l'autre parent biologique ou adoptif Signature X

## Section 2 – Situation familiale (suite)

## Informations sur le ou les enfants à charge (suite)

Date de naissance

3. Nom et prénom de l'enfant :

A M J

Dans le cas d'une garde partagée, veuillez indiquer le nombre de jours par mois où l'enfant habite avec vous.

Septembre 2022	Octobre 2022	Novembre 2022	Décembre 2022	Janvier 2023	Février 2023	Mars 2023	Avril 2023	Mai 2023	Juin 2023	Juillet 2023	Août 2023

Est-ce que l'enfant présente une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale?  Oui  Non  
 (Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir un relevé de l'Allocation famille attestant que vous recevez un supplément pour enfant handicapé ou remplir la partie 3 de ce formulaire.)

Nom et prénom du parent biologique ou adoptif

Signature X

Nom et prénom de l'autre parent biologique ou adoptif

Signature X

Au besoin, fournissez sur une autre feuille les renseignements requis concernant un 4<sup>e</sup> enfant.

## Déclaration de la personne aux études

Signature X

Date

A M J

Signature de la personne aux études

Lieu

Nom et prénom de la ou du commissaire à l'assermentation (en lettres moulées)

Signature X

Date

A M J

Signature de la ou du commissaire à l'assermentation

Lieu

Numéro

**Attestation de situation de la personne réputée aux études à temps plein –  
Programme de bourses Perspective Québec  
Partie 3 – Enfant à charge présentant une déficience fonctionnelle majeure ou un  
trouble de santé mentale**

1810 (5 de 11)

Cette partie doit être remplie par la **personne qui a habité**, pendant sa session d'études, **avec au moins un enfant, le sien ou celui de son conjoint ou sa conjointe, présentant une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale décrit dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V-TR).**

Veillez également fournir une copie du certificat de naissance de l'enfant ayant une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale et, s'il s'agit de l'enfant de votre conjoint ou votre conjointe, remplir la partie 2 de ce formulaire ou fournir une preuve de garde.

**Section 1 – Renseignements sur la personne aux études**

Nom Code permanent attribué par le Ministère

Prénom Date de naissance

A M J

Session d'études visée par la déclaration  Automne 2022  Hiver 2023  Été 2023

**Section 2 – Identité de l'enfant à la charge de la personne aux études**

Nom Code permanent attribué par le Ministère

Prénom Date de naissance

A M J

**Section 3 – Enfant à charge présentant une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale**

**Faites remplir les champs suivants par une ou un médecin.**

La déficience ou le trouble mental est :  Temporaire  Permanent

Pouvez-vous affirmer que la déficience ou le trouble mental de l'enfant entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes?  Oui  Non

Indiquez la date où ces limitations significatives et persistantes ont débuté: A M J

Quel est le diagnostic : \_\_\_\_\_

Indiquez la date du diagnostic: A M J

**Si l'enfant a une déficience fonctionnelle majeure, cochez le type de déficience :**

**Déficience visuelle grave**  Oui  Non  
L'acuité visuelle de chaque oeil, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4,00 dioptries, est d'au plus 6/21, ou le champ de vision de chaque oeil est inférieur à 60°, dans les méridiens 180° et 90°, et, dans l'un ou l'autre cas, la personne est incapable de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familier.

**Déficience auditive grave**  Oui  Non  
L'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standards Institute, à au moins 70 décibels, en conduction aérienne, sur la moyenne des fréquences hertziennes 500, 1 000 et 2 000. Dans ce cas, vous devez joindre un audiogramme à ce formulaire.

**Déficience motrice**  Oui  Non  
Perte, malformation ou anomalie des systèmes responsables de la motricité du corps.

**Déficience organique**  Oui  Non  
Trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien.

\_\_\_\_\_

### Section 3 – Enfant à charge présentant une déficience fonctionnelle majeure ou un trouble de santé mentale (suite)

#### Identité et signature de la ou du médecin

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro du permis d'exercice : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone  
Ind. rég.

Poste

Profession : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

#### Signature de la ou du médecin

X \_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

#### Signature de la personne aux études

X \_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Cette partie doit être remplie par la **personne qui a été atteinte**, pendant sa session d'études, **d'un trouble grave à caractère épisodique**, soit un problème important de santé mentale ou physique qui se produit de façon irrégulière.

**Section 1 – Renseignements sur la personne aux études**

Nom \_\_\_\_\_ Code permanent attribué par le Ministère \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
A M J

Session d'études visée par la déclaration  Automne 2022  Hiver 2023  Été 2023

**Section 2 – Trouble grave à caractère épisodique**

**Faites remplir les champs suivants par une ou un médecin.**

1. La personne présente-t-elle un problème majeur et permanent? Si oui, précisez lequel :

- Santé mentale:  Oui  Non
- Santé physique:  Oui  Non

2. Cette personne était-elle affectée par un trouble grave à caractère épisodique pendant la session d'études indiquée ci-dessus?  Oui  Non

2.1 Si oui, ce trouble l'empêchait-il de poursuivre des études à temps plein pour plus d'un mois?  Oui  Non

3. Si vous avez répondu « Oui » aux questions 2 et 2.1, pouvez-vous établir que ce trouble résulte du problème de santé mentale ou physique de la personne?  Oui  Non

**Complétez vos réponses en précisant quels éléments de l'analyse médicale ont conduit au diagnostic :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Identité et signature de la ou du médecin**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro du permis d'exercice : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Ind. rég. Poste

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

**Signature de la ou du médecin**

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
A M J

**Signature de la personne aux études**

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
A M J





Cette partie doit être remplie par **la personne qui a participé au programme Réussir ou au Programme de revenu de base** pendant sa session d'études.

**Section 1 – Renseignements sur la personne aux études**

Nom Code permanent attribué par le Ministère

Prénom Date de naissance

A M J

Session d'études visée par la déclaration  Automne 2022  Hiver 2023  Été 2023

**Section 2 – Participation à un programme d'aide et d'accompagnement social**

**Faites remplir les champs suivants par une agente ou un agent d'aide à l'emploi de Services Québec.**

J'atteste que la personne a participé, pendant la session d'études indiquée ci-dessus, à une mesure ou à un programme d'aide et d'accompagnement social offert en application de la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles*.  Oui  Non

**Signature de l'agente ou l'agent d'aide à l'emploi** Date

X \_\_\_\_\_ A M J

**Signature de la personne aux études** Date

X \_\_\_\_\_ A M J



Cette partie doit être remplie par la **personne qui étudiait à temps partiel, qui était en situation de handicap et qui bénéficiait d’accommodements scolaires** pendant sa session d’études.

**Section 1 – Renseignements sur la personne aux études**

Nom Code permanent attribué par le Ministère

Prénom Date de naissance

A M J

Session d’études visée par la déclaration  Automne 2022  Hiver 2023  Été 2023

**Section 2 – Attestation d’accommodements scolaires**

**Faites remplir les champs suivants par une personne responsable de l’intégration des étudiantes et étudiants en situation de handicap de votre établissement d’enseignement.**

J’atteste que la personne a bénéficié, pendant la session d’études indiquée ci-dessus, d’accommodements scolaires en raison d’une situation de handicap.  Oui  Non

**Signature d’une personne autorisée de l’établissement d’enseignement** Date

X \_\_\_\_\_ A M J

**Signature de la personne aux études** Date

X \_\_\_\_\_ A M J