

Téléphone : (514) 340-4700
 Télécopieur : (514) 340-4169
 Courriel : registraire@polymtl.ca

ATTESTATION D'ABSENCE - ACTIVITÉ(S) ÉVALUÉE(S)
 (Travaux pratiques obligatoires, contrôles périodiques, devoirs, examens finaux)

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____

NOTE À L'ATTENTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

L'étudiant concerné fait l'objet d'un dossier d'absences répétées. Nous vous demandons d'attester explicitement que son état de santé est ou était suffisamment sérieux pour justifier une absence aux activités évaluées suivantes :

Type d'activité : _____ Sigle de cours : _____ Date : _____ Heure : _____

Type d'activité : _____ Sigle de cours : _____ Date : _____ Heure : _____

Type d'activité : _____ Sigle de cours : _____ Date : _____ Heure : _____

Type d'activité : _____ Sigle de cours : _____ Date : _____ Heure : _____

Période de l'incapacité :

Du _____ au _____

Cette personne a été traitée à notre clinique et son absence était médicalement justifiée pour raisons suffisamment sérieuses.

Cette personne a été traitée à notre clinique et son absence n'est pas médicalement justifiée pour raisons suffisamment sérieuses.

_____ (m.d.)
 (signature du médecin)

Tél. : () _____

Adresse : _____

Date : _____

(sceau du médecin)

Commentaires : _____
