

Téléphone : (514) 340-4724  
Télécopieur : (514) 340-5863  
Courriel : [registraire-absence@polymtl.ca](mailto:registraire-absence@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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_