

Nom _____	Prénom _____
Numéro de dossier _____	
Adresse _____	
Code postal _____	Téléphone _____

Le candidat ci-dessus mentionné a subi un examen médical le ____/____/____.

- Montréal
- Québec
- Autres Spécifiez la ville : _____

Je suis d'opinion que ce candidat :

- A réussi l'examen médical prescrit au paragraphe 7° de l'article 4 du Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec.
- N'a pas réussi l'examen médical prescrit au paragraphe 7° de l'article 4 du Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec en raison d'une :
 - Incapacité permanente
 - Incapacité temporaire

Je ne suis pas en mesure de me prononcer présentement car je suis dans l'attente :

- D'information(s) complémentaire(s)
 - D'une correction à un problème médical
 - D'un avis spécialisé
 - D'un test médical complémentaire
 - Autre (spécifiez) : _____
-

Commentaires additionnels :

Nom	Prénom	Numéro de permis

Signature du médecin évaluateur
ou de l'infirmière praticienne spécialisée

Date