

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