
Nom de l'employé(e)_____
N° d'identification de McGill

J'autorise la divulgation de tout renseignement en rapport avec cette demande à mon employeur et (ou) à son représentant.

Signature de l'employé(e)_____
Date**À l'employé(e) :**

Veuillez indiquer le nom de l'édifice dans lequel vous travaillez : _____

Veuillez indiquer si cette demande est pour un stationnement de proximité et/ou le transport adapté? Stationnement de proximité Transport adapté Êtes-vous titulaire d'une vignette de stationnement de la SAAQ pour personne ayant un handicap? Oui NonSi oui, veuillez soumettre cette partie du formulaire et une copie de votre certificat de stationnement de la SAAQ directement à parking.services@mcgill.caSi non, demandez à votre médecin de remplir le formulaire ci-dessous et transmettez-le à disability.hr@mcgill.ca**Au médecin traitant,**

L'Université McGill souhaite accommoder ses employés dont l'état de santé limite leur capacité à circuler sur le campus ou d'utiliser les transports en commun pour s'y rendre. Nous fournissons l'accès via un transport adapté sur le campus et/ou un espace de stationnement sur le campus. Étant donné que l'accès à ces services est limité et afin de déterminer si votre patient est éligible pour ces services, nous vous demandons fournir toutes les informations demandées ci-dessous.

Diagnostic : _____**Plan de traitement :** _____

Veuillez indiquer les restrictions médicales empêchant votre patient de se déplacer sur le campus et/ou de prendre le transport en commun, le degré de gravité et les détails des restrictions.

Restrictions (ex.: limitation à la marche, se tenir debout, etc.)	Degré de gravité Léger, Modéré, Sévère	Détails des restrictions (ex.: distance maximale que le patient peut parcourir, durée maximale pendant laquelle le patient peut se tenir debout, etc.)

Autres commentaires:_____
_____**Durée des restrictions:** _____Recommandez-vous à votre patient d'obtenir une vignette de stationnement pour personnes ayant un handicap de la SAAQ? Oui Non **COORDONNÉES DU MÉDECIN**

Nom _____ N° de permis _____

Signature _____ Date _____

L'employé(e) a la responsabilité de faire compléter ce formulaire sans frais pour l'Université.

Adresse, téléphone, télécopieur ou tampon de la clinique