Certificat du médecin traitant
(Demande de permis de stationnement de proximité ou transport adapté)

Nom de l'employé(e) _____ Nº d'identification de McGill _____

En soumettant ce formulaire, vous consentez au partage de vos renseignements médicaux avec le Service de gestion de l'invalidité de l'Université McGill afin que l'on puisse réviser, déterminer l'éligibilité et gérer votre demande. Ces renseignements seront accessibles uniquement au personnel autorisé du Service de gestion de l'invalidité et ne seront partagés que conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ces informations seront conservées dans un dossier distinct de votre dossier général d'employé.

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 ☐ Non

Si oui, veuillez soumettre cette partie du formulaire et une copie de votre certificat de stationnement de la SAAQ directement à parking.services@mcgill.ca

Si 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 (facultatif) **:** _____

Plan de traitement (facultatif) : _____

Est-ce que votre patient peut prendre le transport en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Si votre patient ne peut prendre le transport en commun, veuillez indiquer les restrictions médicales l'empêchant 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 _____ Nº de permis _____

Signature _____ Date _____

Adresse, téléphone, télécopieur ou tampon de la clinique

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

(2025)