

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXEMPTION POUR RAISONS MÉDICALES VACCIN CONTRE LA COVID-19

Pour protéger la santé et la sécurité de sa communauté collégiale, le Collège exige la vaccination complète contre la COVID-19 avec preuve à tous les étudiants, aux membres du personnel à temps plein et à temps partiel, aux clients, aux bénévoles, aux entrepreneurs et aux visiteurs qui veulent venir sur l'un des campus du Collège La Cité, incluant ceux qui s'y présenteront pour étudier, travailler, participer à des activités tout au long de l'année ou se prévaloir des divers services offerts.

La Cité examinera, sur une base individuelle, toute demande d'exemption des étudiants et des membres du personnel pour des raisons médicales en fonction de l'état de santé ainsi que du risque de complications graves ou d'une invalidité en raison de la vaccination, conformément à sa directive intitulée **Vaccination obligatoire contre la COVID-19**.

Toute demande sera examinée par un professionnel de la santé d'un organisme indépendant dont la décision sera définitive.

### VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES CONDITIONS SUIVANTES :

- Une demande d'exemption pour raisons médicales faite par un étudiant sera examinée uniquement une fois ledit formulaire complété et acheminé à [cliniquemedicale@csante.info](mailto:cliniquemedicale@csante.info).
- Une demande d'exemption pour raisons médicales faite par un membre du personnel à temps plein et à temps partiel sera examinée uniquement une fois ledit formulaire complété et acheminé à [exemptionvaccin@lacitec.on.ca](mailto:exemptionvaccin@lacitec.on.ca).
- Une exemption pour raisons médicales peut être accordée uniquement à la suite de la réception des documents requis signés et certifiés par un médecin agréé.
- La durée de l'exemption est à l'unique discrétion du Collège La Cité. À l'échéance de l'exemption, une nouvelle demande d'exemption doit être faite si une extension est nécessaire.
- Pour continuer de protéger la santé et la sécurité de la communauté collégiale, à la seule discrétion du Collège La Cité, un étudiant ou un membre du personnel bénéficiant d'une exemption à la vaccination approuvée pourrait être accommodé par d'autres mesures que l'accès au campus.
- L'autorisation d'une exemption pour raisons médicales sera communiquée, par écrit, via courriel.
- Une demande incomplète ne sera pas examinée et le Collège n'assurera aucun suivi auprès du demandeur.
- Une demande faite de façon manuscrite ne sera pas examinée et le Collège n'assurera aucun suivi auprès du demandeur.
- Une décision est finale et sans appel.
- Une personne a le droit de soumettre une nouvelle demande si et seulement si elle peut fournir de nouveaux documents ou informations pouvant soutenir la demande d'exemption.
- L'exemption pour raisons médicales demandée par l'entremise de ce formulaire s'applique uniquement à une demande faite en vertu de la directive intitulée **Vaccination obligatoire contre la COVID-19**. Si une personne souhaite recevoir des adaptations académiques ou professionnelles à d'autres fins, elle doit faire une demande distincte conformément aux procédures existantes.
- Ce formulaire s'applique également pour toute demande d'exemption pour raisons médicales pour la résidence du Collège La Cité.

## FORMULAIRE DE DEMANDE

Votre demande dûment remplie doit être numérisée et envoyée par courriel à l'adresse courriel ci-haut mentionnée.

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Numéro d'étudiant ou du membre du personnel de La Cité : \_\_\_\_\_

Adresse courriel de l'étudiant ou du membre du personnel de La Cité : \_\_\_\_\_

**Veillez confirmer que vous avez lu les déclarations suivantes en cochant les cases correspondantes :**

- J'autorise mon médecin ayant une certification canadienne à fournir les informations demandées par l'entremise de ce formulaire, y compris mon autorisation de divulguer la condition médicale nécessitant une exemption et, si nécessaire, de fournir des informations complémentaires relatives à ma demande d'exemption pour raisons médicales.
- J'autorise le professionnel de la santé, agissant au nom de La Cité, à examiner cette demande d'exemption et communiquer, au besoin, avec mon médecin ayant une certification canadienne, pour discuter des informations déclarées (ou présentées) dans ce formulaire et, si requis, de lui demander de fournir des informations complémentaires relatives à ma demande d'exemption pour raisons médicales.
- Je certifie que les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes à la date de cette demande d'exemption. Je comprends que je peux faire l'objet de mesures disciplinaires si certaines informations fournies à l'appui de cette demande d'exemption sont fausses ou trompeuses.

**FORMULAIRE D'EXEMPTION POUR RAISONS MÉDICALES DU VACCIN CONTRE LA COVID-19 — À ÊTRE REMPLI PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AUTORISÉ DU CANADA. SEULS LES PROFESSIONNELS SUIVANTS PEUVENT REMPLIR CE FORMULAIRE :**

- Médecin de famille
- Infirmière praticienne
- Médecin spécialiste

# ATTESTATION

Je certifie que (prénom et nom) \_\_\_\_\_  
ne peut pas recevoir un vaccin contre la COVID-19 pour des raisons médicales.

Raison médicale pour laquelle la personne ne peut pas être vaccinée :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Période d'inadmissibilité à la vaccination à cause de la raison médicale invoquée :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veillez expliquer ci-dessous la contre-indication médicale qui empêche la personne d'être vaccinée contre la COVID-19.

**EXPLICATION :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Nom : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Numéro de permis d'exercice : \_\_\_\_\_

Date du permis d'exercice : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme de santé affilié : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Les renseignements personnels sur la santé recueillis par La Cité, y compris les attestations et autres preuves de vaccination, seront conservés conformément à sa directive sur l'accès à l'information et à la protection de la vie privée ainsi qu'aux divers règlements en lien avec les renseignements personnels sur la santé. Si vous avez des questions concernant la collecte et l'utilisation des renseignements personnels, veuillez communiquer avec le secteur des Ressources humaines et culture organisationnelle par courriel à [rhgen@lacitec.on.ca](mailto:rhgen@lacitec.on.ca).