

Le 16 janvier 2012

Docteur,

La demande qui vous est actuellement faite par votre patient s'inscrit dans un préalable et une exigence au processus de sélection pour l'admission au programme collégial de Techniques équines de l'Institut de technologie agroalimentaire, campus de La Pocatière (ITA).

Il s'agit d'un programme contingenté de formation impliquant la pratique de l'équitation sportive et l'entraînement des chevaux « non dressés » (débouffés) d'une durée de 2 ^{1/2} ans, très exigeante sur le plan physique.

Par la présente et pour s'assurer que ces activités ne sont pas inappropriées pour nos futurs étudiants, nous sollicitons votre collaboration professionnelle. Au cours des dernières années, nous avons constaté que des étudiants ont dû mettre fin à leur formation collégiale en Techniques équines pour des raisons de santé ou de mauvaises conditions physiques. Ces aspects sont donc significatifs sur le plan de la réussite. Votre évaluation permettra au candidat de préciser sa réflexion sur sa capacité de réussite du programme.

Lors de votre examen, nous aimerions que vous insistiez particulièrement sur les aspects décrits sur la feuille suivante. Ceux-ci le sont à titre indicatif et pour votre usage uniquement afin d'assurer la confidentialité médicale.

Nous vous demandons de remettre uniquement le formulaire « Rapport médical » ci-joint dans une enveloppe cachetée à votre patient sur laquelle vous apposerez également votre signature. Le candidat nous fera suivre cette information.

Au nom de l'Institut, permettez-moi de vous remercier de votre collaboration professionnelle et veuillez accepter mes salutations distinguées.

Daniel Roussel
Directeur d'enseignement par intérim

À titre indicatif et pour votre usage

- ✓ Le patient démontre-t-il des problèmes du système nerveux limitatifs (épilepsie, vertige, étourdissement, perte d'équilibre, coordination déficiente...)?
- ✓ Le patient présente-t-il des troubles significatifs et/ou permanents de vision ?
Si oui, ces problèmes sont-ils corrigés par des lentilles ou verres correcteurs ?
- ✓ Le patient souffre-t-il de problèmes d'audition marqués ?
Si oui, ces problèmes sont-ils corrigés par des prothèses auditives ?
- ✓ Le patient présente-t-il des problèmes du système myoarthrosquelettique importants (déviation majeure de la colonne, hernie discale, problème des articulations en particulier des chevilles et des genoux, problèmes de hanches...)?
- ✓ Le patient souffre-t-il de problèmes cardiaques et/ou de pression sanguine (hypertension, souffle au cœur limitatif au sport, arythmie cardiaque...)?
- ✓ Le patient souffre-t-il d'allergies respiratoires importantes (asthme) pouvant l'empêcher d'œuvrer dans une écurie ?
- ✓ Le patient présente-t-il un problème d'obésité important ?
- ✓ Le patient souffre-t-il de désordres émotionnels ? (tendance suicidaire, angoisse, état dépressif sévère...)?
- ✓ Le patient souffre-t-il de séquelles épisodiques ou permanentes liées à un accident ou à une pathologie antérieure pouvant présenter un risque à l'exercice physique et/ou du sport équestre ?
- ✓ À votre connaissance, le patient présente-t-il d'autres problèmes de santé limitatifs ?
- ✓ S'il s'agit d'une patiente, celle-ci est-elle enceinte ?

Rapport médical

À remettre au candidat dans une enveloppe cachetée sur laquelle vous apposerez également votre signature.

Par la présente,

Je _____ certifie avoir examiné
(NOM DU MÉDECIN EN LETTRES MAJUSCULES)

_____ le _____
(NOM DU PATIENT EN LETTRES MAJUSCULES) (DATE)

Et :

- n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique de l'équitation et/ou à l'entraînement de chevaux dans le cadre d'une pratique professionnelle à temps plein.
- avoir décelé des problèmes pouvant indisposer le patient à pratiquer le sport équestre de façon soutenue (des examens plus approfondis sont nécessaires)

Informations complémentaires (au besoin) :

Êtes-vous le médecin de famille du patient ci-haut mentionné ? Oui _____ Non _____

Depuis combien de temps ? _____

Médecin : _____ Numéro de licence : _____
(LETTRES MAJUSCULES)

Signature : _____ Date : _____