

## ATTESTATION D'UNE PERSONNE AGISSANT À TITRE DE PROCHE AIDANT

En ma qualité de professionnel du milieu de la santé et des services sociaux, j'atteste que :

Renseignements sur le proche aidant		
Nom du proche aidant	Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse du domicile (N° Rue App.)		
Ville	Province	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

agit à titre de proche aidant auprès de :

Renseignements sur la personne nécessitant une assistance		
Nom de la personne nécessitant une assistance	Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse du domicile (N° Rue App.)		
Ville	Province	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Date d'expiration de l'attestation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------------------------------	---

Nom du professionnel autorisé	Ordre professionnel	Numéro de permis

Coordonnées de l'établissement où exerce le professionnel autorisé		
Nom de l'établissement		
Adresse (N° Rue Bureau)		
Ville	Province	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Signature du professionnel autorisé	
Signature	Date