

ATTESTATION D'UNE PERSONNE AGISSANT À TITRE DE PROCHE AIDANT

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

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

Renseignements sur le proche aidant						
Nom de la personne	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse du domicile						
agit à titre de proche aidant auprès de :	Province	Code	<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	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse du domicile						
	Province	Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom professionnel·le autorisé	Ordre professionnel	N° de permis

Coordonnées de l'établissement où exerce le/la professionnel·le autorisé·e						
Nom de l'établissement						
Adresse						
Ville	Province	Code <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature professionnel·le autorisé	
Signature	Date