

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**Exemption de photo et/ou de signature**  
**Carte d'assurance maladie du Québec**

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE**

Nom	Prénom
Numéro d'assurance maladie	Date de naissance A M J

**2. NATURE DE LA MALADIE OU DE LA DÉFICIENCE**


**3. DURÉE DE L'INCAPACITÉ**

Permanente <input type="checkbox"/>
Temporaire <input type="checkbox"/> Durée approximative : _____

**4. OBJET DE L'EXEMPTION SUR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE**

Photographie seulement <input type="checkbox"/>	Signature seulement <input type="checkbox"/>	Photographie et signature <input type="checkbox"/>
---	--	--

**5. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL**

Nom et prénom du médecin (en lettres majuscules) :	Numéro de professionnel
Signature du médecin : _____	Date A M J

Appelez l'estampille de l'établissement ici,  
s'il en existe une.

