

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

