

La section E doit être remplie par l'intervenant de la santé

E Attestation par un intervenant de la santé ou des services sociaux			
Selon les informations dont je dispose, j'atteste que le demandeur, dont le nom apparaît plus bas, a besoin d'accompagnement pour les raisons suivantes :			
<input type="checkbox"/>	Communiquer avec les autres	<input type="checkbox"/>	S'alimenter
<input type="checkbox"/>	Faire l'activité de façon sécuritaire	<input type="checkbox"/>	Se déplacer
<input type="checkbox"/>	Être aider pour ses besoins personnels	<input type="checkbox"/>	S'orienter
S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant vos besoins d'accompagnement :			
Prénom du demandeur		Nom du demandeur	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			

Informations sur l'intervenant de la santé et des services sociaux

Prénom de l'intervenant de la santé		Nom de l'intervenant de la santé	
Nom de l'établissement			
Numéro	Rue	Bureau	
Ville		Province	Code postal
Téléphone	Télécopieur	Adresse courriel	
Signature du professionnel		Date (AAAA-MM-JJ)	
Profession		No permis d'exercice	