

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

E Attestation par un intervenant de la santé ou des services sociaux		
<p>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 :</p>		
<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	
<p>Considérant que la CAL est à renouveler au 5 ans, est-ce que le demandeur aura encore les mêmes besoins d'accompagnement dans 5 ans ?</p>		
<input type="checkbox"/> À valider	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant les besoins d'accompagnement :</p>		
Prénom du demandeur		Nom du demandeur
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
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