

Demande d'exemption aux AMP

(maternité – paternité – adoption)

Je soussigné(e)/Date..... désire me prévaloir d'une exemption aux AMP.

Exemption aux AMP pour congé de maternité

(La période du congé doit inclure l'accouchement)

Date de début du congé :

Date de fin du congé :

Si l'accouchement n'a pas eu lieu, joindre à la présente une attestation de grossesse.....

Si l'accouchement a eu lieu, joindre à la présente une copie du certificat de naissance.....

Exemption aux AMP pour congé de paternité

Date de début du congé :

Date de fin du congé :

Joindre à la présente une copie du certificat de naissance.....

Exemption aux AMP pour adoption

(La période du congé doit inclure l'arrivée de l'enfant)

Date de début du congé :

Date de fin du congé :

Joindre à la présente une copie du certificat de naissance.....

Identité du médecin

Nom : _____ No de pratique : _____

Adresse de correspondance : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature du médecin :