

Santé Québec
Département territorial de médecine familiale de Montréal

Demande d'exemption aux AMP pour cause d'invalidité

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

Sur présentation d'une attestation médicale de la part de votre médecin traitant confirmant votre incapacité à effectuer vos AMP, le DTMF pourra, après étude de votre demande, autoriser une période d'exemption aux AMP.

Période

Date de début de l'invalidité :

Date de fin de l'invalidité :

Type d'invalidité

Partielle.....

Totale.....

Joindre à la présente une attestation médicale

Identité du médecin demandeur

Nom : _____ No de pratique : _____

Adresse de correspondance : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature du médecin :