

1. Identification du patient

Nom

Prénom

Date de naissance

2. Renseignements sur l'invalidité du patient

Nature de l'invalidité: _____

Selon le diagnostic, le patient est-il atteint d'une invalidité physique ou mentale grave ?

Non

Oui

L'invalidité est-elle
permanente ?

Non

Oui

L'invalidité crée-t-elle
une inaptitude au travail ?

Non

Oui

Le patient peut-il ou pourra-t-il reprendre
éventuellement son travail habituel ?

Non, pourquoi ? _____

Oui

Sur le plan strictement médical,
peut-il ou pourra-t-il faire un autre travail ?

Non, pourquoi ? _____

Oui

Commentaires relatifs au pronostic, s'il y a lieu:

3. Signature

Nom et prénom du médecin (en lettres moulées)

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de permis d'exercice: _____

Téléphone: _____

Je déclare que les renseignements contenus dans cette attestation sont exacts.

Signature du médecin

Date

Transmission des documents

- **Remplissez et signez** le formulaire directement à l'écran sur le document PDF ou complétez-le en imprimant une copie papier.
La signature électronique est acceptée.
- Consultez les types de signature acceptés sur notre **FAQ: [fondaction.com/faq/types-signatures-admis](https://www.fondaction.com/faq/types-signatures-admis)**.
- Transmettez le formulaire et tout autre document requis
par le portail en ligne sécurisé: www.fondaction.com/lieu-secure ou **par la poste:** Fondaction – Service aux actionnaires
2175, boulevard de Maisonneuve Est, bureau 103
Montréal (Québec) H2K 4S3

Notez que nous pourrions vous demander de nous fournir des informations ou documents complémentaires, au besoin.