Fondaction
Donner du sens à l'argent.

Attestation — Invalidité grave et prolongée

À remplir par le médecin traitant.

1. Identification du patient

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance A A A A M M J J

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 A A A A M M J J

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**.
- Transmettez le formulaire et tout autre document requis **par le portail en ligne sécurisé: fondaction.com/securise/rachat**

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.