



FORMULAIRE DE VOYAGE POUR RAISONS MÉDICALES

Partie A

Ce formulaire devra être dûment complété et retourné par télécopieur au service du Transport (514-633-8650) au plus tard 10 jours après le rendez-vous médical.

Partie B (Réservée à l'employé)

Nom de l'employé : _____ # Matricule : _____

Communauté : _____ Date de naissance _____ / _____ / _____
A M J

Pour services médicaux à : Même que ci-haut Autre (_____)
Préciser

Lien de parenté : Conjoint Enfant Autre (_____)
Préciser

Nom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
A M J

Itinéraire de voyage

Date	De	A
Aller : _____ / _____ / _____ <small>A M J</small>	_____	_____
Retour : _____ / _____ / _____ <small>A M J</small>	_____	_____

Partie C (Réservée au médecin traitant)

J'ai examiné le patient mentionné à la partie B de ce formulaire :

Le _____ / _____ / _____ À _____
A M J Endroit (ville)

J'atteste que les soins médicaux obtenus ne sont pas offerts dans la localité du Nunavik où réside le patient.

Nom du médecin : _____

Spécialité : _____

Numéro de permis : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Signature : _____