FORMULAIRE DEMANDE D'EXEMPTION AMP MATERNITÉ – PATERNITÉ – ADOPTION - INVALIDITÉ

Je, soussigné (e), désire me prévaloir d'une exemption de volumétrie attendue de mes AMP

CONGÉ DE MATERNITÉ	
LA PÉRIODE DU CONGÉ DOIT INCLURE LA DATE DE L'ACCOUCHEMENT	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	

CONGÉ DE PATERNITÉ	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	

CONGÉ D'ADOPTION	
LA PÉRIODE DU CONGÉ DOIT INCLURE LA DATE D'ARRIVÉE DE L'ENFANT	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	

CONGÉ D'INVALIDITÉ	
PÉRIODE D'INVALIDITÉ CONFORMÉMENT AUX RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN TRAITANT	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	
Joindre à la présente demande une copie du/des billets médicaux	☐

IDENTIFICATION DU MÉDECIN			
Nom		No de pratique	
Courriel		Téléphone	
Signature		Date	

Veuillez retourner le formulaire dument rempli à l'adresse : 15-DRMG@ssss.gouv.qc.ca

© CISSS des Laurentides, décembre 2024