

CERTIFICAT MÉDICAL

IDENTIFICATION

Nom	
Adresse	
Ville	
Code postal	
Téléphone	
Date de naissance	
Nom du médecin	

IDENTIFICATION DE LA CONDITION MÉDICALE

1.1. Diagnostic:

1.2. Impacts au quotidien engendré par cette condition:

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

Capacité à monter des escaliers OUI NON

Si oui combien? _____

Immeuble **AVEC** ascenseur

Immeuble **SANS** ascenseur

Besoin d'un rez-de-chaussée

Besoin de chambre supplémentaire

Besoin d'un petit immeuble

Autres

- Joindre vos rapports médicaux.

Signature du médecin: _____

Date: _____

AUTORISATION DE LA PERSONNE (locataire)

J'autorise le médecin à fournir les renseignements contenus dans le présent formulaire aux personnes responsables de l'étude pour ma demande de transfert.

Accepté Refusé Signature _____ Date _____

J'autorise le médecin et l'OMH à échanger les renseignements contenus dans le présent formulaire aux personnes responsables de l'étude pour ma demande de transfert.

Accepté Refusé Signature _____ Date _____