

Êtes-vous le seul soutien de la personne à charge handicapée?

**4 À remplir par le  
médecin traitant**

Nom de famille du médecin		Prénom	
Adresse du médecin		Ville et province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		Adresse électronique

---

**5**

---

**6**