

Attestation – Déplacement durant le couvre-feu décrété par le gouvernement du Québec

Par la présente, je soussigné(e) :

Prénom et nom du ou de la
professionnel(le) :

Fonction :

Numéro de téléphone :

Organisation :

CISSS de Chaudière-Appalaches

Nom et adresse de
l'installation, service ou
clinique :

certifie que, durant la période du couvre-feu décrétée par le gouvernement du Québec, la personne identifiée dans ce document est reconnue par l'organisation que je représente comme étant une personne proche aidante qui doit se déplacer auprès d'une personne aidée afin de lui offrir un soutien essentiel lié à sa condition clinique.

La personne suivante doit ainsi se déplacer entre son domicile et le milieu de vie ou le domicile de la personne aidée, où sa présence est requise, durant la période du couvre-feu :

Prénom et nom de la personne
proche aidante :

Adresse du domicile de la
personne proche aidante :

Motif du déplacement :

Doit offrir un soutien à : _____

- Porter assistance à une personne dans le besoin
- Fournir un service ou un soutien à une personne pour des fins de sécurité
- Assurer la garde d'un enfant ou d'une personne vulnérable
- Visiter une personne en fin de vie
- Pour un motif d'urgence

Adresse du milieu de vie de la
personne aidée :

Cette autorisation est valide du

_____ 2021 au _____ 2021

ou

Cette autorisation est valide durant toute la période du couvre-feu

Signature

Date