**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 : |  |
| Adresse de l’organisation : |  |
|  |  |

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 |