

**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	
<b>LA PÉRIODE DU CONGÉ DOIT INCLURE LA DATE DE L'ACCOUCHEMENT</b>	
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	
<b>LA PÉRIODE DU CONGÉ DOIT INCLURE LA DATE D'ARRIVÉE DE L'ENFANT</b>	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	

CONGÉ D'INVALIDITÉ	
<b>PÉRIODE D'INVALIDITÉ CONFORMÉMENT AUX RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN TRAITANT</b>	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	
Joindre à la présente demande une copie du/des billets médicaux	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICATION DU MÉDECIN			
Nom		No de pratique	
Courriel		Téléphone	
Signature		Date	

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse : [15-DRMG@ssss.gouv.qc.ca](mailto:15-DRMG@ssss.gouv.qc.ca)