

FORMULAIRE – ATTESTATION D’ATTEINTE DE LA FIBROSE KYSTIQUE

*Veillez faire compléter le formulaire suivant par un professionnel de votre clinique de fibrose kystique. Vous pouvez également nous autoriser à contacter votre clinique afin de recevoir une confirmation de leur part.*

J’autorise un membre de la clinique de fibrose kystique à confirmer à **Vivre avec la fibrose kystique** que j’ai la fibrose kystique. Je suis suivi au centre hospitalier suivant : \_\_\_\_\_

À compléter par la personne atteinte

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_, domicilié (e) à l’adresse suivante

\_\_\_\_\_

confirme que je suis atteint (e) de la fibrose kystique.

Date de naissance : \_\_\_\_\_

À compléter par le tuteur légal

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_ domicilié (e) à l’adresse suivante

\_\_\_\_\_

confirme que la personne suivante, \_\_\_\_\_, dont je suis le tuteur

légal, est atteinte de la fibrose kystique.

Date de naissance de la personne atteinte de la fibrose kystique : \_\_\_\_\_

ATTESTATION PAR UN PROFESSIONNEL

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_

Rôle : \_\_\_\_\_

Je confirme que \_\_\_\_\_ est atteint (e) de la fibrose kystique et est suivi à notre centre hospitalier.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Envoi des documents*

Vivre avec la fibrose kystique  
629, rue Prince-Arthur Ouest  
Montréal (Québec) H2X 1T9

**Courriel** : [info@vivreaveclafk.com](mailto:info@vivreaveclafk.com)