



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