

## Attestation pour proche-aidant

J'atteste que M / Mme :

---

A rendu visite à un usager dont il est proche-aidant dans le milieu de soins  
suivant :

---

Signature du représentant du CIUSSS de la Capitale Nationale :

---

Date et heure:

2021 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_ : \_\_\_\_ Hrs