

**FORMULAIRE DEMANDE D'EXEMPTION AMP
MATERNITÉ – PATERNITÉ – ADOPTION**

Je, soussigné (e), désire me prévaloir d'une exemption de volumétrie attendue de mes AMP
(remplir la section qui s'applique):

CONGÉ DE MATERNITÉ	
LA PÉRIODE DU CONGÉ DOIT INCLURE LA DATE DE L'ACCOUCHEMENT	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	
Si l'accouchement n'a pas eu lieu, joindre à la présente demande une attestation de grossesse	<input type="checkbox"/>
Si l'accouchement a eu lieu, joindre à la présente demande une copie du certificat de naissance	<input type="checkbox"/>

CONGÉ DE PATERNITÉ	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	
Joindre à la présente demande une copie du certificat de naissance	<input type="checkbox"/>

CONGÉ D'ADOPTION	
LA PÉRIODE DU CONGÉ DOIT INCLURE LA DATE D'ARRIVÉE DE L'ENFANT	
Date de début du congé	
Date de fin du congé	
Joindre à la présente demande une copie du certificat de naissance	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICATION DU MÉDECIN			
Nom		No de pratique	
Courriel		Téléphone	
Signature		Date	

Veuillez retourner le formulaire dument rempli à l'adresse : 15-DRMG@ssss.gouv.qc.ca