

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT / DÉCLARATION DU MÉDECIN

Physician's name: Nom du médecin: _____		Patient's name Nom du patient : _____	
Street / Rue: _____		Street / Rue: _____	
City / Ville: _____		City / Ville : _____	
Prov.: _____ Postal Code Postal: _____		Prov.: _____ Postal Code Postal: _____	
Diagnosis including complications (if fracture, bone and type of fracture) and Nature of injury / Description complète de la blessure subie:		DATE <small>First attendance</small> <small>des premiers soins</small> _____ OF <small>Actual Loss</small> <small>De la perte actuelle</small> _____	
Please outline the treatment plan recommended and prescribed / Prière de fournir le plan de traitement recommandé et prescrit 			
Date of next scheduled follow up appointment / Date du prochain rendez-vous		Was claimant hospitalized / Est-ce que le demandeur fut hospitalisé Yes / Oui No / Non If yes, please provide name of hospital / Si oui, veuillez fournir le nom de l'hôpital: _____	
Names and addresses of other physicians or surgeons, if any, who attended the claimant / S'il y a d'autres médecin / chirurgien qui ont assisté le demandeur, prière de fournir leurs noms et adresses			
I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE / J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, A MA CONNAISSANCE, EXACTS.			
Date : _____		Signature : _____ (M.D.)	
Adresse : _____			

ASSOCIATION'S STATEMENT / AUTORITÉ OFFICIELLE DU PLAN	
Name of Insured / Nom du réclamant : _____	Insured's effective date / Date effective : _____
Membership number / Numéro de member: _____	
Did the injury occur while claimant participating in a sanctioned event? / La blessure s'est-elle produit durant la participation d'un programme autorisé? Yes / Oui No/Non	
Please describe / Veuillez élaborer : _____ 	
Description of injury / Description de la blessure	
Date : _____ Signature : _____	
Telephone : _____ Title / Titre : _____	

