

ANNÉE FINANCIÈRE 2024-2025

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE :

Nom :

Prénom :

**Encercler les journées durant lesquelles la personne s'est rendu à votre établissement pour  
recevoir le service accepté**

																							Nb. visites	Nb. repas									
1	<b>AVRIL 2024</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	<b>MAI</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	<b>JUIN</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	<b>À REMETTRE POUR LE 10 JUILLET 2024</b>																																
2	<b>JUILLET</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	<b>AOÛT</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	<b>SEPTEMBRE</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	<b>À REMETTRE POUR LE 10 OCTOBRE 2024</b>																																
3	<b>OCTOBRE</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	<b>NOVEMBRE</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	<b>DÉCEMBRE</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	<b>À REMETTRE POUR LE 10 JANVIER 2025</b>																																
4	<b>JANVIER 2025</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	<b>FÉVRIER</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29				
	<b>MARS</b>																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	<b>À REMETTRE POUR LE 10 AVRIL 2025</b>																																

TOTAL DES VISITES :  Pers. hand. TOTAL DES REPAS :  Accomp. TOTAL STATIONNEMENT :

MODE DE TRANSPORT :

- VÉHICULE PERSONNEL  TRANSPORT ADAPTÉ\*  TRANSPORT EN COMMUN\*  
 TRANSPORT BÉNÉVOLE\*  TAXI\*  AUTRES: \_\_\_\_\_

**\*\*Ne pas oublier les pièces justificatives se rapportant à ces transports\*\***

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DONNEUR DE SOIN: \_\_\_\_\_

ADRESSE 1: \_\_\_\_\_ ADRESSE 2: \_\_\_\_\_

SERVICES RENDUS : \_\_\_\_\_

Signature d'un représentant de l'établissement  
ou du thérapeute soignant

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année  
Date de signature postérieure à la  
dernière visite

ADRESSE DE RETOUR: Programme Transport et hébergement des personnes  
handicapées Montérégie  
3120, boulevard Taschereau  
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

Téléphone : 450-928-6777, poste 13553  
Télécopie : (450) 463-6072  
Courriel : [transport.csssclm16@sss.gouv.qc.ca](mailto:transport.csssclm16@sss.gouv.qc.ca)