Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Québec

PROGRAMME TRANSPORT ET HÉBERGEMENT
DES PERSONNES HANDICAPÉES MONTÉRÉGIE

Attestation des visites effectuées relatives à des transports autorisés

ANNÉE FINANCIÈRE 2025-2026

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE :

Nom : _____ **Prénom :** _____

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

		Nb. visites	Nb. repas
	AVRIL 2025 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		
1	**MAI** 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		
	JUIN 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		
	À REMETTRE POUR LE 10 JUILLET 2025		
	JUILLET 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		
2	**AOÛT** 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		
	SEPTEMBRE 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		
	À REMETTRE POUR LE 10 OCTOBRE 2025		
	OCTOBRE 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		
3	**NOVEMBRE** 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		
	DÉCEMBRE 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		
	À REMETTRE POUR LE 10 JANVIER 2026		
	JANVIER 2026 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		
4	**FÉVRIER** 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		
	MARS 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		
	À REMETRE POUR LE 10 AVRIL 2026		

TOTAL DES VISITES : ____ **TOTAL DES REPAS:** Pers. hand. ____ 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: _____

SERVICES RENDUS : _____

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

____ / ____ / 20
Jour Mois Année
Date de signature postérieur à la dernière visite

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

Courriel : transport.cssscclm16@ssss.gouv.qc.ca
Télécopie: 450 463-6072
Téléphone : 450 928-6777, poste 13553