



FORMULAIRE MÉDICALE DEMANDE D'EXPLOITANT SUBSTITUT

Section A – À être complétée par le titulaire de permis

Information sur la personne malade (SVP écrire en lettres moulées):

Prénom et initiales

Nom de famille

NIP

Adresse

Ville

Province

Code postale

Date de naissance

Signature du titulaire de permis

Information sur l'exploitant substitut et les permis de pêches (SVP écrire en lettres moulées):

Prénom et initiales

Nom de famille

NIP

Espèce(s)

Numéro(s) de permis

Section B – À être complété par le médecin (SVP écrire en lettres moulées)

Détails de la maladie:

Durée de la maladie: De: _____ À: _____
(AAAA-MM-JJ) (AAAA-MM-JJ) S.V.P soyez précis

Je certifie que les renseignements fournis dans la section B de ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes et complètes. Je comprends que cette information sera utilisée par le Pêches et Océans Canada pour déterminer l'éligibilité de mon patient pour la désignation d'un exploitant substitut pour ses permis de pêches commerciales.

Signature du médecin

Nom du médecin en lettres moulés

Date

Téléphone