

## Demande d'exemption aux AMP pour cause d'invalidité

Je soussigné(e) ...../Date.....désire me prévaloir d'une exemption aux AMP.

Sur présentation d'une attestation médicale de la part de votre médecin traitant confirmant votre incapacité à effectuer vos AMP, le DRMG pourra, après étude de votre demande, autoriser une période d'exemption aux AMP.

**Période**

Date de début de l'invalidité : .....

Date de fin de l'invalidité : .....

**Type d'invalidité**

Partielle.....

Totale.....

Joindre à la présente une attestation médicale .....

**Identité du médecin demandeur**

Nom : \_\_\_\_\_ No de pratique : \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : .....