



CERTIFICAT MÉDICAL

Votre patient fait l'objet d'une procédure devant la Section de la protection des réfugiés (SPR) de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR). Il doit expliquer pourquoi il est incapable ou sera incapable de poursuivre son affaire devant la SPR.

Section A. À REMPLIR PAR LE PATIENT (demandeur d'asile à la SPR) :

Nom du patient : _____	Numéro de dossier de la SPR de la CISR : _____
Date de naissance du patient : _____	_____

Please select all of the circumstances below that apply:

- J'étais incapable / je serai incapable de transmettre le formulaire
 Fondement de la demande d'asile (FDA) le (Date) _____
- J'étais incapable / je serai incapable de comparaître à l'audience le (Date) _____
- Autre (expliquer)

Signature du patient : _____ Date de la signature : _____

Section B. À REMPLIR PAR UN MÉDECIN QUALIFIÉ :

Veuillez décrire les particularités de la situation médicale qui empêchent le patient de poursuivre son affaire devant la SPR. **Prière de ne pas inclure le diagnostic de votre patient.**

(Joindre une feuille distincte au besoin)

À quel moment le patient pourra-t-il poursuivre son affaire devant la CISR? (Date) _____

Nom et titre du médecin : _____
(Inscrire en lettres moulées ou estamper)

Adresse :

Numéro de téléphone : _____

Signature du médecin : _____

Date de signature : _____

