

À être rempli par un professionnel de la santé (consultation aux frais du demandeur)

En vous reportant à la définition de personne handicapée du [Document explicatif à l'intention du demandeur et du professionnel de la santé](#), attestez de la déficience physique, spécifiez sa nature et précisez de quelle manière elle empêche la personne de chasser conformément à la loi (remplir à l'écran ou à la main en lettres moulées).

Nom et prénom du patient ou de la patiente	Date de naissance (année/mois/jour)
--	-------------------------------------

- La déficience physique est irréversible, ou  
 La déficience physique peut être réversible et devra être réévaluée dans :  
 1 an     2 ans     3 ans     4 ans     5 ans

**Si la section « A » de la « Demande d'autorisation de chasse » est cochée, le demandeur :**

- est paraplégique, hémiplégique ou quadriplégique;
  - est victime d'une amputation simple au-dessus du genou;
  - est victime d'une amputation double sous la ceinture;
  - est limité à se déplacer seulement à l'aide d'un fauteuil roulant ou de tout autre moyen similaire;
  - peut se déplacer de manière autonome malgré sa déficience physique.
- Si l'option 4 ou 5 est cochée, précisez l'incapacité ou la capacité à sortir d'un véhicule et à se déplacer de manière autonome :

**Si la section « B » de la « Demande d'autorisation de chasse » est cochée, le demandeur est :**

- victime d'une paralysie ou d'une amputation d'un membre supérieur, notamment de deux doigts ou plus, d'une main ou d'un avant-bras;
  - incapable d'utiliser un arc de manière répétitive et efficace, en situation de chasse et de pratique;
  - capable d'utiliser un arc dans les circonstances mentionnées malgré sa déficience physique.
- Si l'option 2 ou 3 de la question précédente est cochée, précisez l'incapacité ou la capacité à utiliser un arc dans les circonstances mentionnées :

**Attestation du professionnel de la santé**

J'atteste que tous les renseignements indiqués dans ce formulaire sont véridiques		N° de votre ordre			
Je suis : <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> ergothérapeute <input type="checkbox"/> physiothérapeute					
Nom et prénom		Date	Année	Mois	Jour
Adresse					
Ville, province et pays				Code postal	
Téléphone	Poste	Signature du professionnel de la santé			