



Cette attestation vous est demandée à la suite:

d'un accident **ou**  d'une rechute

Numéro de réclamation

**Renseignements sur la personne accidentée**

Vous devez remplir cette section.

Nom de famille à la naissance \_\_\_\_\_ Date de l'accident ou de la rechute, selon le cas  
Année Mois Jour

Prénom \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_

Adresse Numéro Rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_

Case postale \_\_\_\_\_ Ville, village ou municipalité \_\_\_\_\_

Province ou État \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

J'autorise l'établissement scolaire ci-dessous mentionné à fournir à la Société de l'assurance automobile du Québec les renseignements nécessaires à l'établissement de mon droit à une indemnité. Signature \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

**Études**

Vous devez faire remplir cette section par l'établissement d'enseignement.

**Ce formulaire s'adresse seulement aux étudiants de 16 ans et plus aux études à temps plein. Il ne doit pas être rempli si la personne accidentée ne répond pas à ces deux conditions.**

Nom de l'établissement d'enseignement \_\_\_\_\_

Adresse Numéro Rue \_\_\_\_\_

Case postale \_\_\_\_\_ Ville, village ou municipalité \_\_\_\_\_

Province ou État \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Encercler le niveau de scolarité en cours au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas:

▶ Secondaire 1 2 3 4 5 →  Régulier  Formation professionnelle (DEP)  Formation générale des adultes  Autres (précisez): \_\_\_\_\_

▶ Collégial 1 2 3 Universitaire 1<sup>er</sup> cycle 2<sup>e</sup> cycle 3<sup>e</sup> cycle

Indiquez dans quel programme la personne était admise au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas: \_\_\_\_\_

Si l'accident n'avait pas eu lieu, indiquez la date normalement prévue pour l'obtention du diplôme: Année Mois Jour ▶ (Dans le cas d'un « cheminement particulier », estimez cette date.)

Est-ce que la personne a repris l'ensemble de ses études depuis l'accident ou la rechute, selon le cas?  Oui, depuis le: Année Mois Jour  Non, le retour (si connu) est prévu pour le: Année Mois Jour

Cette personne était-elle admise à un cours payé dans le cadre des mesures actives d'Emploi-Québec, et ce, en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi?  Oui  Non

**DÉCLARATION**

Je déclare que la personne dont le nom est mentionné ci-dessus était admise, au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas, à suivre **à temps plein** un programme d'enseignement secondaire ou postsecondaire à notre établissement et qu'elle répondait aux exigences relatives à l'assistance aux cours de notre établissement d'enseignement.

Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

**X** \_\_\_\_\_  
Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)

Titre ou fonction \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

**Sceau de l'établissement**

\_\_\_\_\_

**TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT:**

Service en ligne Envoi de documents: [saaq.gouv.qc.ca](http://saaq.gouv.qc.ca)

Télécopieur: 1 866 289-7952

Poste: Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 2500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8A2

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.

**NE RIEN ÉCRIRE ICI**

\_\_\_\_\_