



Numéro de réclamation

**Renseignements sur l'étudiant**

Vous devez remplir cette section.

Nom de famille de l'étudiant (personne accidentée ou personne à charge)

Prénom

Adresse Numéro Rue Appartement

Case postale Ville, village ou municipalité

Province/État Pays Code postal

Nom de famille de la personne accidentée à la naissance

Prénom

Date de l'accident Année Mois Jour

**Études**

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

Nom de l'établissement d'enseignement

Adresse Numéro Rue

Case postale Ville, village ou municipalité

Province/État Pays Code postal

Encercler le niveau de scolarité en cours ou le niveau auquel l'étudiant était admis au moment de l'accident

Primaire  
 Secondaire 1 2 3 4 5  
 Collégial 1 2 3  
 Universitaire 1<sup>er</sup> cycle 2<sup>e</sup> cycle 3<sup>e</sup> cycle

**Déclaration**

L'étudiant est-il admis dans votre établissement d'enseignement?  Oui  Non

Si **oui**, dans quel programme est-il admis?

À temps plein

À temps partiel

Date de début Année Mois Jour Date de fin Année Mois Jour

Pour quelle période?

Nombre de cours par semaine? Nombre d'heures de cours par semaine?

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**

**NE RIEN ÉCRIRE ICI**

**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.