



Renseignements sur la personne accidentée

1 Numéro de permis de conduire du Québec | Numéro d'assurance sociale | Numéro d'assurance maladie

Nom de famille à la naissance | Sexe Féminin Masculin

Prénom | Date de naissance (Année, Mois, Jour)

Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance

État civil au moment de l'accident: Marié ou en union civile, En union de fait, Célibataire, Veuf, Divorcé, Séparé légalement, Séparé de fait

Langue de correspondance: Français Anglais

Adresse de la personne accidentée

2 Numéro | Rue | Appartement | Case postale

Ville, village ou municipalité | Province/État

Pays | Code postal

Téléphone de jour (principal) | Poste | Téléphone de jour (secondaire) | Poste

Accident

3 Date et heure de l'accident (Année, Mois, Jour, Heure, Minute) AM PM

Dans cet accident, vous étiez: Conducteur, Passager, Piéton, Cycliste

Type de véhicule occupé: Automobile, 4 X 4, VUS, mini-fourgonnette, Camion, Autobus, Motocyclette, Cyclomoteur, Autre, précisez:

Numéro de plaque d'immatriculation du véhicule occupé | Province, État ou pays du véhicule occupé

Lieu de l'accident (ville, village ou municipalité) | A l'extérieur du Québec, indiquez la province, l'État ou le pays

Un véhicule immatriculé à l'extérieur du Québec est-il impliqué dans l'accident? Oui Non Ne sais pas

4 Veuillez décrire de façon détaillée et complète les faits entourant l'accident. (Si l'espace est insuffisant, joindre une feuille supplémentaire)

5 Un rapport d'accident a-t-il été rédigé par un policier? Oui Non Ne sais pas

Un constat amiable a-t-il été rédigé? Oui (Joindre une copie) Non Ne sais pas

S'il n'y a aucun rapport ou constat, y a-t-il un témoin de l'accident que nous pouvons joindre? Oui Non

Nom du témoin | Téléphone

Prénom

Numéro du rapport (s'il est connu)

Si l'accident est survenu à l'extérieur du Québec, joindre une copie du rapport d'accident si vous l'avez en votre possession.

6 L'accident d'automobile est survenu

- pendant que vous étiez au travail Oui Non
- lors d'un acte criminel Oui Non
- en portant secours à une personne en détresse Oui Non

NE RIEN ÉCRIRE ICI



Blessures

7 Avez-vous subi des blessures (physiques ou psychologiques) en raison de l'accident? [] Oui [] Non
Êtes-vous rétabli? [] Oui [] Non

Veillez décrire vos blessures. Si un médecin a rempli un Rapport initial, veuillez nous le transmettre.

Multiple horizontal lines for describing injuries.

(Si l'espace est insuffisant, joindre une feuille supplémentaire)

8 Après l'accident, avez-vous consulté :
[] un médecin
[] un autre professionnel de la santé, précisez :
[] Je n'ai pas consulté
[] Je prévois avoir un suivi médical pour mes blessures (Si vous jugez que vous en avez besoin, consultez sans attendre)

Form fields for medical consultation: Première consultation médicale, Année, Mois, Jour, Nom du médecin ou autre professionnel de la santé consulté, Nom de l'établissement, Ville, village ou municipalité.

9 Les blessures subies lors de l'accident vous ont-elles rendu incapable de vaquer à vos occupations habituelles pendant plus de 7 jours?
[] Oui Remplissez les annexes des pages 5 à 8. Si ces annexes ne sont pas jointes à votre formulaire, vous pouvez les imprimer à partir du formulaire Demande d'indemnité pour incapacité de vaquer à ses occupations et pour frais occasionnés par l'accident disponible sur le site Web de la Société ou communiquer avec nous au 1 888 810-2525.
[] Non

Form fields for incapacity: Les blessures vous ont-elles rendu incapable de prendre soin de vos enfants ou d'une personne invalide? [] Oui [] Non, Date de début d'incapacité, Année, Mois, Jour, Date prévue de reprise des activités, Année, Mois, Jour.

Statut de résident (Consultez le guide au besoin)

10 Au moment de l'accident, étiez-vous propriétaire d'un véhicule immatriculé au Québec? [] Oui [] Non
Numéro de plaque d'immatriculation

Form fields for residence: Au cours des 12 mois précédant l'accident, avez-vous demeuré à l'extérieur du Québec? [] Oui [] Non, Du, Année, Mois, Jour, au, Année, Mois, Jour, Ville, village ou municipalité.

Province ou État ou pays

Form fields for permanent residence: Si oui, Aviez-vous un domicile permanent au Québec pendant ce temps? [] Oui [] Non, Ville, village ou municipalité.

• Si vous avez demeuré plus de 6 mois à l'extérieur du Québec, veuillez indiquer la raison du séjour :

Form fields for citizenship: Au moment de l'accident, étiez-vous citoyen canadien? [] Oui [] Non, Citoyenneté



Prestations ou rente d'un autre organisme (Consultez le guide au besoin)

11 Au moment de l'accident, est-ce que vous receviez des prestations ou une rente pleine ou réduite d'un autre organisme (ex. ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, CNESST, Retraite Québec, etc.)?

Oui ▶ Nom de l'organisme _____

Non

Remboursement des frais*

12 Dans cet accident, les articles suivants ont-ils été endommagés?

Lunettes prescrites Verres de contact

Prothèses ou orthèses ▶ Précisez : _____

Vêtements ▶ Précisez : _____

***Joindre vos factures ou reçus pour tous les frais de remplacement des articles dont vous réclamez le remboursement et inscrire votre numéro de réclamation sur chacun.**

13 En raison de l'accident, avez-vous ou prévoyez-vous déboursier des sommes pour (consultez le guide au besoin) :

Frais de garde

Aide personnelle (ménage, repas, hygiène personnelle)

Allocation de disponibilité (nécessité d'accompagnement pour des traitements et des visites médicales)

Traitements physiques ou psychologiques **prescrits**

Achat de médicaments ▶

Autres frais ▶ Précisez : _____

Service de remboursement automatisé des frais de médicaments à la pharmacie

Dès l'admissibilité de votre dossier, vous pourrez recevoir vos médicaments à la pharmacie **sans rien déboursier**.

▶ Pour ce faire, vous devez **obligatoirement** avoir inscrit votre numéro d'assurance maladie à la section 1.

▶ La Société communiquera avec vous pour vous informer des modalités du service.

14 Avez-vous eu des frais de **déplacement**, de **séjour** ou de **repas** pour recevoir des soins? Oui Non ▶ (Si non, passez à la section 15)

Si oui, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. **Conservez vos reçus pour une période de trois ans, afin de pouvoir nous les fournir sur demande.**

Date des déplacements			Km aller/retour si automobile	Autres moyens de transport ou stationnement	Montant réclamé (stationnement et taxi)	Frais de séjour ou de repas	Consultations médicales	
Année	Mois	Jour					Lieu	Raison

Signature de la demande d'indemnité

15 Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais. Dans l'éventualité où d'autres renseignements seraient nécessaires pour permettre d'établir le droit à une indemnité et le montant de celle-ci, j'autorise, conformément à l'article 83.17 de la Loi sur l'assurance automobile, la Société à obtenir ces renseignements auprès des organismes qui les détiennent tels que Retraite Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, etc.

SIGNATURE DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE MAJEURE OU DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE, SINON NOUS NE POUVONS VOUS VERSER AUCUN MONTANT.

Date _____

Année _____ Mois _____ Jour _____

X

Si la demande est signée par le représentant autorisé, veuillez indiquer à quel titre vous agissez et fournir les renseignements demandés.

Père ou mère d'un enfant mineur Tuteur datif ou curateur (joindre copie du jugement) Autre, précisez : _____

M. _____
Prénom

Mme _____

Adresse si elle est différente de celle de la personne accidentée

Numéro _____ Rue _____ Appartement _____ Case postale _____

Ville, village ou municipalité _____ Province/État _____

Pays _____ Code postal _____

Téléphone de jour (principal) _____ Poste _____ Téléphone de jour (secondaire) _____ Poste _____



Autorisation de communiquer des renseignements médicaux (Consultez le guide au besoin)

16 Nom de famille à la naissance de la personne accidentée

Prénom

Nom de famille actuel s'il est différent

Numéro d'assurance maladie

Autorisation de communiquer des renseignements au médecin traitant et à tout autre professionnel de la santé

« J'autorise par la présente, le médecin évaluateur, les autres professionnels de la santé, le conseiller en services aux accidentés et l'agent d'indemnisation de la Société de l'assurance automobile du Québec à communiquer au besoin des renseignements médicaux me concernant à mon médecin traitant et à tout autre professionnel de la santé. Je comprends qu'un résumé de la communication verbale sera versé à mon dossier. »

Une photocopie ou une reproduction sur un support électronique de cette autorisation a la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.

Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée

X

Date
Année Mois Jour

Inscription au dépôt direct (Consultez le guide au besoin)

17 REMPLISSEZ CETTE SECTION SEULEMENT SI VOUS DÉSIREZ VOUS INSCRIRE AU DÉPÔT DIRECT.

Êtes-vous le seul titulaire de ce compte? Oui
 Non

Numéro de la succursale Numéro de l'institution Numéro de compte

Ces numéros apparaissent au bas de votre chèque. Si vous n'avez pas de chèque, votre institution financière peut vous fournir une preuve équivalente.

Nom de l'institution financière

J'autorise la Société de l'assurance automobile du Québec à déposer directement dans le compte mentionné ci-dessus, les montants qui me seront versés. J'autorise également la Société à communiquer les renseignements essentiels pour ce dépôt à l'institution financière de la Société et à celle qui est mentionnée ci-dessus.

Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée

X

Date
Année Mois Jour

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ ». N'AGRAFEZ PAS LE CHÈQUE À VOTRE DEMANDE.

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT : Service en ligne Envoi de documents : 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.



A	Au moment de l'accident, aviez-vous un conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► (Si non, passez à la section B)	Étiez-vous :		Année	Mois
		<input type="checkbox"/> Légalement marié ou en union civile	<input type="checkbox"/> En union de fait	► Depuis le :	
De cette union,		Nom du conjoint à la naissance			
• un enfant était-il né? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Prénom			
• un enfant allait-il naître? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Sexe		Date de naissance	
• un enfant avait-il été adopté par vous et votre conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		► Si oui, joindre le jugement d'adoption		Année Mois Jour	
• un des conjoints avait-il adopté un enfant de l'autre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Numéro d'assurance maladie	
Ce conjoint demeurait-il à la même adresse que vous au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Est-il invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

B	Au moment de l'accident, aviez-vous un ex-conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► (Si non, passez à la section C)	Au moment de l'accident, versiez-vous ou deviez-vous verser une pension alimentaire en vertu d'un jugement ou d'une convention? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Indiquez le montant annuel : _____ \$
			► Joindre une copie du document officiel attestant de ce montant.
Nom de l'ex-conjoint à la naissance		Sexe	Date de naissance
Prénom		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Année Mois Jour

1. Les termes *conjoint* et *ex-conjoint* désignent aussi bien les femmes que les hommes. Les conjoints ou ex-conjoints peuvent être de sexe différent ou de même sexe.

C	Au moment de l'accident, aviez-vous des personnes à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► (Si non, passez à la section D)				
POUR CHAQUE ENFANT OU AUTRE PERSONNE À VOTRE CHARGE, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS.					
1. Nom					
Prénom		Sexe	Date de naissance		
Numéro d'assurance maladie		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Année Mois Jour		
Lien avec vous		Niveau de scolarité en cours			
<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ► <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun			
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$		Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Habitait-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Nom					
Prénom		Sexe	Date de naissance		
Numéro d'assurance maladie		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Année Mois Jour		
Lien avec vous		Niveau de scolarité en cours			
<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ► <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun			
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$		Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Habitait-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3. Nom					
Prénom		Sexe	Date de naissance		
Numéro d'assurance maladie		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Année Mois Jour		
Lien avec vous		Niveau de scolarité en cours			
<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ► <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun			
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$		Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Habitait-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



C PERSONNES À CHARGE (SUITE)

4. Nom _____ Sexe Féminin Masculin Date de naissance
Année Mois Jour

Prénom _____

Numéro d'assurance maladie _____ Lien avec vous
 Enfant biologique Enfant du conjoint Autre, précisez :

Niveau de scolarité en cours Primaire Secondaire Général Collégial Universitaire Aucun
 Professionnel

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$ Cette personne est-elle invalide? Oui Non Habite-t-elle avec vous? Oui Non

5. Nom _____ Sexe Féminin Masculin Date de naissance
Année Mois Jour

Prénom _____

Numéro d'assurance maladie _____ Lien avec vous
 Enfant biologique Enfant du conjoint Autre, précisez :

Niveau de scolarité en cours Primaire Secondaire Général Collégial Universitaire Aucun
 Professionnel

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$ Cette personne est-elle invalide? Oui Non Habite-t-elle avec vous? Oui Non

6. Nom _____ Sexe Féminin Masculin Date de naissance
Année Mois Jour

Prénom _____

Numéro d'assurance maladie _____ Lien avec vous
 Enfant biologique Enfant du conjoint Autre, précisez :

Niveau de scolarité en cours Primaire Secondaire Général Collégial Universitaire Aucun
 Professionnel

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$ Cette personne est-elle invalide? Oui Non Habite-t-elle avec vous? Oui Non

S'IL Y A D'AUTRES PERSONNES À CHARGE, VEUILLEZ FOURNIR LA MÊME INFORMATION SUR UNE AUTRE FEUILLE QUE VOUS JOINDREZ À CELLE-CI. N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE LE NUMÉRO DE RÉCLAMATION APPARAISSANT EN HAUT DE CETTE PAGE.



D Au moment de l'accident, aviez-vous un emploi? Oui Non ► (Si non, passez à la section E)

POUR CHAQUE EMPLOI, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS.

Nom de l'employeur actuel ou raison sociale de l'entreprise _____ Téléphone _____

Date d'embauche Année Mois Jour			Date de fin prévue (s'il y a lieu) Année Mois Jour			Genre d'emploi <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
Nombre d'heures travaillées par semaine :			Titre de l'emploi					

Statut d'emploi Salarié ► Veuillez faire remplir le formulaire **F2 Attestation de revenu par l'employeur si vous souffrez toujours d'incapacité 7 jours après l'accident.**

Autonome ► Si vous souffrez toujours d'incapacité 7 jours après l'accident, veuillez fournir pour les trois dernières années :

- Résident du Québec

Déclaration de revenus provinciale, ET

Avis de cotisation, ET

Formulaire TP-80 (Revenus et dépenses d'entreprise ou de profession) ou État des résultats (revenus et dépenses)

- Résident du Canada (hors Québec)

Déclaration de revenus fédérale, ET

Avis de cotisation, ET

Formulaire T2125 (État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale) ou État des résultats (revenus et dépenses)

- Non résident du Canada

Tout document officiel attestant le revenu indiqué par le travailleur autonome exigé par les autorités fiscales du pays ou territoire concerné (équivalant à Revenu Québec ou à l'Agence du revenu du Canada).

SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, VEUILLEZ FOURNIR LES MÊMES RENSEIGNEMENTS SUR UNE FEUILLE QUE VOUS JOINDREZ À CELLE-CI ET FAIRE REMPLIR LE FORMULAIRE F2. N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE LE NUMÉRO DE RÉCLAMATION APPARAISSANT EN HAUT DE CETTE PAGE. VOUS POUVEZ UTILISER DES PHOTOCOPIES POUR LE FORMULAIRE F2.

E Au moment de l'accident

étiez-vous admis à un programme scolaire comme étudiant à temps plein? Oui ► Si vous aviez 16 ans ou plus, veuillez faire remplir le formulaire **F4 Attestation de fréquentation scolaire.** Non

travailliez-vous sans rémunération dans une entreprise familiale? Oui Non

receviez-vous des prestations d'assurance-emploi ou une allocation d'aide à l'emploi? Oui ► Veuillez faire remplir le formulaire **F3 Confirmation des prestations d'assurance-emploi perdues / Confirmation de l'allocation d'aide à l'emploi perdue si vous souffrez toujours d'incapacité 7 jours après l'accident.** Non

Au moment de l'accident, un employeur vous avait-il garanti un emploi?

Oui ► Non

Nom de l'employeur ou raison sociale de l'entreprise _____ Téléphone _____

Veillez demander le formulaire Confirmation d'embauche si vous souffrez toujours d'incapacité 7 jours après l'accident.



F Au moment de l'accident, étiez-vous déjà incapable de travailler? Oui Non ► *(Si non, passez à la section G)*

Étiez-vous incapable de travailler? Temporairement De façon permanente Depuis le _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Veuillez décrire votre incapacité ou votre invalidité (avant l'accident)

G Au moment de l'accident, receviez-vous

Numéro de votre dossier : _____

des indemnités pour accidents du travail de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail? ► _____

des prestations pour invalidité du Régime des rentes du Québec?

une rente d'invalidité d'un autre organisme? ► Précisez : _____

Aucune rente

H SI VOUS N'OCCUPIEZ PAS UN EMPLOI À TEMPS PLEIN DEPUIS PLUS D'UN AN AU MOMENT DE L'ACCIDENT, VOUS DEVEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.

Scolarité

Veuillez encadrer seulement le dernier niveau terminé

Primaires	1	2	3	4	5	6	7	Année	Mois
Secondaire	1	2	3	4	5	Date de la fin des études à temps plein			
Collégial	1	2	3						
Universitaire	1 ^{er} cycle	2 ^e cycle	3 ^e cycle	Diplômes obtenus et disciplines : _____					

Au cours des cinq années précédant l'accident, y a-t-il eu des périodes où

vos occupation principale était de prendre soin, sans rémunération, d'un enfant de moins de 6 ans?

Oui Non

du : _____ Année _____ Mois _____ au : _____ Année _____ Mois _____

vous n'étiez pas disponible pour occuper un emploi pour cause de maladie, d'accident, etc.?

Oui Non

du : _____ Année _____ Mois _____ au : _____ Année _____ Mois _____

du : _____ Année _____ Mois _____ au : _____ Année _____ Mois _____

du : _____ Année _____ Mois _____ au : _____ Année _____ Mois _____

Motifs

Êtes-vous titulaire d'un permis de qualification ou d'une licence professionnelle?

Oui

Non

Si oui, précisez : _____

Êtes-vous membre d'un ordre professionnel?

Oui

Non

Si oui, précisez : _____

Historique d'emploi

Veuillez indiquer tous les emplois que vous avez occupés au cours des cinq années précédant l'accident ou vos trois derniers emplois si vous n'avez pas travaillé pendant cette période. **Ces renseignements sont nécessaires au traitement de votre dossier. Conservez toutes vos pièces justificatives pour pouvoir nous les fournir sur demande.**

Période d'embauche (en commençant par la plus récente)	Nom de l'entreprise	Genre d'entreprise	Titre de l'emploi	Nombre d'heures		Revenu brut
				travaillées par semaine	semaine normale d'un travailleur à temps plein dans cette entreprise	
De : _____ Année _____ Mois _____ À : _____ Année _____ Mois _____						\$
De : _____ Année _____ Mois _____ À : _____ Année _____ Mois _____						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De : _____ Année _____ Mois _____ À : _____ Année _____ Mois _____						\$
De : _____ Année _____ Mois _____ À : _____ Année _____ Mois _____						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De : _____ Année _____ Mois _____ À : _____ Année _____ Mois _____						\$
De : _____ Année _____ Mois _____ À : _____ Année _____ Mois _____						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De : _____ Année _____ Mois _____ À : _____ Année _____ Mois _____						\$
De : _____ Année _____ Mois _____ À : _____ Année _____ Mois _____						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine