



CAPITAL REGION SERVICE COMMISSION
COMMISSION DE SERVICES RÉGIONAUX DE LA CAPITALE

COMPASSIONATE GROUNDS MEDICAL CERTIFICATE /
CERTIFICAT MEDICAL POUR MOTIFS DE COMPASSION

This is to certify that for medical reasons (do not supply diagnosis), / Ceci est pour certifier que pour des raisons médicales (ne pas fournir de diagnostic),

I / Je, _____ support the request of my patient / appuyer la demande de mon patient _____ for Compassionate Grounds Approval for a second and temporary unit at the residence of / pour motifs de compassion donne l'approbation d'un deuxième unité temporaire à la résidence de:

Name of property owner / _____
Nom du propriétaire de la propriété:

Address/Adresse: _____

Email/Courriel: _____

So that the necessary care can be provided / Afin que les soins nécessaires peuvent être fournis.

Doctor's name / _____
Le nom du médecin:

Address / Adresse: _____

Doctor's Signature / _____
Signature du médecin

Date: _____