

FORMULE D'APPLICATION POUR BÉNÉFICES.

A M. le Président de l'Union St Joseph.
Monsieur,

Je vous informe que, par maladie, je suis arrêté de mon travail et empêché de vaquer à aucune occupation quelconque, et que je désire retirer mes bénéfices.

(Lieu) (Date)

(Signature.)

FORMULE DE CERTIFICAT DE MÉDECIN POUR MALADE.*

Je, soussigné, Médecin, certifie que M. (*les noms et prénoms*) est sous mes soins depuis le (*date*), pour (*indiquer la nature de la maladie*), et qu'il est actuellement incapable de se livrer à aucun travail ou occupation quelconque.

(Lieu) (Date)

(Signature.)

FORMULE DE CERTIFICAT DU CURÉ OU DESSERVANT.

Je, prêtre, soussigné, certifie que M. (*les noms et prénoms*), de cette (*ville ou paroisse*), est actuellement malade et me paraît incapable de vaquer à aucun travail ou occupation quelconque,

(Lieu) (Date)

(Signature.)

* Comme cette Société est obligée de payer trois piastres de bénéfices par semaine à chacun de ses membres réellement malade et incapable de vaquer à ses occupations ordinaires ou autres occupations lui rapportant des bénéfices, Messieurs les Médecins voudront bien n'accorder de certificat qu'à ceux qui leur paraîtront remplir toutes les conditions susdites.