Plani-impot

**Frais Médicaux**
**Dons**
**Activités sportives et culturelles**

Effacer formulaire

**Année** 2023

**Nom de l'assuré** _____

**Nous n'avons pas besoin de vos reçus, la feuille complétée est suffisante pour nous**

**Vous devez conserver vos reçus pour une période de 6 ans**

Si vos frais sont **couverts par une assurance, n'inscrivez que le montant non remboursé par vos assurances**

*** Veuillez noter que toute chirurgie esthétique et les soins de massothérapie ne sont pas admissibles ***

| | Vous | Conjoint (e) | Pers à charge | Pers à charge |
|---|---|---|---|---|
| Indiquez le nom des personnes : | | | | |
| Prime assurance pour frais médicaux **sauf si inscrite sur T4 et Relevé1** | $ | $ | $ | $ |
| Médicaments / Différence assurance | $ | $ | $ | $ |
| Dentiste / Orthodontie / Denturologiste | $ | $ | $ | $ |
| Optométriste /Opticien | $ | $ | $ | $ |
| Naturopathe/ Ostéopathe (**Québec seulement**) | $ | $ | $ | $ |
| Chiropraticien / Physiothérapeute / Ergothérapeute | $ | $ | $ | $ |
| Médecin privé / clinique privée | $ | $ | $ | $ |
| Prélèvements sanguins | $ | $ | $ | $ |
| | $ | $ | $ | $ |
| | $ | $ | $ | $ |
| | $ | $ | $ | $ |
| | $ | $ | $ | $ |
| | $ | $ | $ | $ |
| **Total Frais médicaux:** | 0.00 $ | 0.00 $ | 0.00 $ | 0.00 $ |

## DONS pour les oeuvres de bienfaisances

Faire la somme des dons de bienfaisances

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Conserver vos reçus** | **Total des dons** | $ | $ | $ | $ |

## Activités sportives et/ou culturelles

Enfants seulement 5 à 16 ans

Faire la somme de toutes les activités

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Conserver vos reçus** | **Total des activités** | $ | $ | $ | $ |

Complété par : _____ Date : JJ/MM/AAAA