

ATTESTATION MEDICALE

Objet : attestation médicale en vue de l'obtention d'une disponibilité

- pour donner des soins à un proche atteint d'un handicap
- pour donner des soins à un proche à la suite d'un accident ou d'une maladie grave

Identité du demandeur :

Civilité : Madame / Monsieur (*)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Corps : _____

Nom et prénom du proche aidé : _____

Lien avec le proche aidé : ☐ conjoint ou partenaire lié par un PACS
☐ enfant
☐ ascendant direct

Date : _____

Signature de l'agent :

Partie à remplir par le médecin :

Identité du médecin : _____

Statut du médecin : ☐ médecin traitant
☐ spécialiste

Certifie que l'état de santé de Madame / Monsieur (*) _____

Nécessite la présence de Madame / Monsieur (*) _____ pour lui donner des soins.

Fait à _____

Le _____

Signature + cachet obligatoire du professionnel de santé :

(*) Rayer la mention inutile