

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

Partie à compléter par l'agent

M/Mme :

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 compléter par le professionnel de santé

Je soussigné Docteur.....

Certifie que l'état de santé de M/Mme.....

Nécessite la présence de M/Mme pour lui donner des soins.

Fait à le

Signature + cachet obligatoire du professionnel de santé :