

ATTESTATION MEDICALE

Partie à compléter par l'agent

M/Mme :

Lien avec le proche aidé :

Date de naissance :

Date :

Corps :

Signature :

Objet : attestation médicale en vue de l'obtention d'un temps partiel :

- 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 le professionnel de santé

Je soussigné Docteur _____

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

Nécessite la présence d'une tierce personne pour une durée de :

6 mois

1 an

Fait à le.....

Signature + Cachet du professionnel de santé