

**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 : ..... Lien avec le proche aidé : .....

Date de naissance : .....

Corps : .....

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 du professionnel de santé :**