

**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'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 le professionnel de santé**

Je soussigné Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que l'état de santé de M/Mme \_\_\_\_\_

Nécessite la présence d'une tierce personne.

Fait à ..... le.....

Signature + Cachet du professionnel de santé