

ATTESTATION MEDICALE

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 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 à charge de moins de 20 ans
 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.

6 mois

1 an

Fait à le

Signature + Cachet du professionnel de santé :