

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 : ..... 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.

6 mois

1 an

Fait à ..... le .....

Signature + Cachet du professionnel de santé :