



A remplir par le médecin

CERTIFICAT MÉDICAL AIDE A LA QUALITE DE VIE

Je soussigné(e) : _____,

Docteur en médecine,

Certifie que l'état de santé de :

Nom, Prénom : _____,

Nécessite :

- Aide ménagère
- Aide aux courses, à la confection des repas
- Aide à la garde d'enfants, accompagnement à l'école
- Aide aux soins (toilette, lever/coucher, prise de médicaments)

A raison de : _____ heures par mois

Du

Au

Fait à _____ le _____

Signature et cachet obligatoire