

ATTESTATION

Je soussigné(e)

Domicilié(e) à

.....

Atteste sur l'honneur ne pas percevoir d'aide de la part du Conseil Général au titre de l'Allocation
Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) pour l'aide à l'incontinence.

Je m'engage à prévenir la CMCAS de toutes les démarches entreprises auprès du Conseil Général
dans le cadre de l'A.P.A.

Fait à

Le

Signature