



A remplir par le médecin

**CERTIFICAT MÉDICAL  
AIDE A LA VIE DOMESTIQUE  
(Aide supplémentaire)**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine,

Certifie que l'état de santé de :

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_,

**Nécessite une Aide ménagère pour des tâches d'entretien régulier**

A raison de : \_\_\_\_\_ heures par mois

*Du*

*Au*

**ou**

**Nécessite une aide ménagère pour des tâches d'entretien périodique ou ponctuel**

A raison de : \_\_\_\_\_ heures par an

*Du*

*Au*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature et cachet obligatoire**