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 (toilettte, lever/coucher, prise de médicaments)**

A raison de : _____ heures par mois

Du *Au*

Fait à _____ le _____

Signature et cachet obligatoire