

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 (AVD- A ou AVD- P)

A raison de : _____ heures **par mois**

Du ____/____/____/ Au ____/____/____/

ou

Nécessite une aide-ménagère pour des tâches d'entretien périodique ou ponctuel (AVD- T)

A raison de : _____ heures **par an**

Du ____/____/____/ Au ____/____/____/

Fait à _____ le _____

Signature et cachet obligatoire