



A remplir par le médecin généraliste ou spécialiste :

Je, soussigné Docteur

atteste, après examen, que l'état de santé de Mme/M. (nom et prénom)

demeurant

réclame des soins auprès des praticiens, hôpitaux ou institutions tels que mentionnés ci-dessous :

	Cocher selon le cas	Spécialisation	Nom du Médecin spécialisé	«Du ... au ...» OU «à partir du ... pour durée indéterminée»	Identification du Service	Identification Hôpital ou Etablissement spécialisé	Nom Médicament	Nom Nourriture/Matériel spécifiques	Prix	Remarques
Consultations Médecin spécialisé										
Consultations à l'Hôpital ou Etablissement spécialisé										
Admission dans Hôpital ou Etablissements spécialisés										
Médicaments non repris sur la liste délivrées aux personnes aidées par un C.P.A.S.										
Fourniture Nourriture ou Matériel spécifiques										
Inaptitude au travail										

Je reconnais être informé que pour la délivrance d'un réquisitoire de prise en charge, le patient doit contacter le service social du C.P.A.S.

Certifié sincère.

Fait à,

Signature

le