



PÔLE SERVICES AUX POPULATIONS
DIRECTION DE L'AUTONOMIE
SERVICE MÉDICAL

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

*Destiné au médecin de l'équipe
Médico-Sociale*

*Allocation Personnalisée d'Autonomie
concernant*

Mme, M. _____

Domicile _____

Département de la Charente-Maritime

85, BOULEVARD DE LA RÉPUBLIQUE - CS 60003 - 17076 LA ROCHELLE CEDEX 9

Département de la Charente-Maritime

**Certificat médical
Allocation Personnalisée d'Autonomie**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

NATURE DU DÉFICIT

(PATHOLOGIES DIVERSES : ORIGINE, DESCRIPTION CLINIQUE)

CONSÉQUENCES SUR L'AUTONOMIE

DATE :

Signature

Cachet du médecin