

Mme, M. _____
Domicile _____

*Destiné au médecin de l'équipe
Médico-Sociale
Allocation Personnalisée d'Autonomie
concernant*

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

POLE SERVICES AUX POPULATIONS
DIRECTION DE L'AUTONOMIE
SERVICE MÉDICAL



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