

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en Médecine (*NOM - Prénom - Adresse*)

certifie que l'état de santé de M. Mme *

Adresse

nécessite la présence d'une aide ménagère à domicile, à concurrence de

_____ heures par mois, pendant _____ Mois.

Observations complémentaires éventuelles

_____, le _____

Signature et tampon du Médecin

Certificat Médical à remettre ou à retourner dès que possible à

CMCAS de PICARDIE

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

30 RUE PHILIPPE LEBON

C.S. 10323

80003 AMIENS CEDEX 1