

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

**CERTIFICAT MÉDICAL
AIDE À LA QUALITÉ DE VIE – AUXILIAIRE PONCTUELLE**

Année 2019

Je soussigné.e : _____,

docteur en médecine,
certifie que l'état de santé de (nom et prénom) :

nécessite la présence d'une aide à domicile à raison de : _____ heures par
semaine dans la limite de 80h par an.

Du : **01/01/2019** au **31/12/2019**

ou du : **.../.../2019** au **.../.../2019**

ou nécessite un traitement répétitif et administré selon l'évolution de l'état
de santé (maladie longue durée ou traitement répétitif) à raison de :
_____ heures par séance

Fait à _____, le _____

Signature et cachet obligatoire