

ATTESTATION MEDECIN TRAITANT

Attention : Cette attestation est uniquement destinée à l'IRSTEA et vous permet de certifier que vous nécessitez le CESU « Compensation du handicap ». Vous devez la faire remplir par votre médecin traitant qui précise les prestations de service à la personne permettant cette compensation.

Partie à remplir par le médecin traitant

Nom

Prénom

Adresse

Tél. | | | | | | | | | | | | | | |

Je certifie que :

[illegible]

Prénom

Né(e) le à

Adresse

Nécessite de bénéficier de la prestation de CESU afin de compenser son handicap.

Date : / /

Signature :