ATTESTATION MEDECIN TRAITANT

Attention : Cette attestation est uniquement destinée à l'INRIA 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.

À remplir par le médecin traitant

Nom

Prénom

Adresse

Tél.

Je certifie que :

Nom

Prénom

Né(e) le à

Adresse

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

Date : __/__/____
Signature :