

## L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

L'allocation personnalisée d'autonomie a été mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

- Elle intéresse les personnes âgées de plus de 60 ans, dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie, résidant à leur domicile ou hébergées en établissement.
- Elle n'est pas soumise à condition de ressources mais son calcul tient compte du montant de vos revenus ; au-delà d'un certain montant, une participation sera laissée à votre charge.
- Elle ne fera pas l'objet d'un recouvrement sur votre succession, sur votre légataire ou donataire éventuel.
- Elle devra être utilisée dans sa totalité à la rémunération d'un service d'aide à domicile agréé ou d'une ou plusieurs personnes, membres de votre famille ou non, à l'exception de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité.
- Elle pourra éventuellement financer d'autres dépenses concourant à votre autonomie telles que des aides techniques, l'accueil de jour, l'adaptation au logement...

Vous pourrez vous procurer un dossier de demande auprès des Centres Locaux d'Information et de Coopération (CLIC) ou auprès du Conseil Départemental.

Dans un premier temps, l'un des membres de l'équipe médico-sociale du Conseil Départemental évaluera, lors d'une visite à votre domicile, le groupe de dépendance auquel vous appartenez.

Si vous relevez de l'allocation – groupes 1 à 4 – le travailleur social établira ensuite avec vous ou votre famille, un plan d'aide et calculera le montant de la prestation.

La décision d'attribution sera prise par le Président du Conseil Départemental après avis d'une instance technique.

A l'initiative du Président du Conseil Départemental, dans les établissements ariégeois hébergeant des personnes âgées dépendantes, l'allocation sera versée directement à l'établissement, sous la forme d'une dotation budgétaire globale, afin d'éviter à chaque résident de constituer le dossier de demande réglementaire.

Pour les établissements extérieurs, un dossier doit obligatoirement être adressé aux services du Conseil Départemental de l'Ariège.

**NOTE D'INFORMATION**  
**CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC)**

Le Conseil Départemental de l'Ariège a mis en place sur le département 11 Centres Locaux d'Information et de Coordination.

Le CLIC est un dispositif gratuit de proximité dont le personnel qualifié :

- assure l'accueil et l'écoute, l'information, le conseil, l'orientation, le soutien et l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées, de leur famille et des professionnels,
- met à disposition une documentation relative à l'ensemble du dispositif des aides existantes,
- assure la coordination des dispositifs locaux,
- contribue à la formation du personnel de réseau, organise des réunions thématiques pour les personnes âgées et leur famille,
- évalue l'activité du dispositif et propose des actions d'adaptation aux besoins des personnes âgées ou handicapées et des partenaires.

Dans le cadre de la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'équipe médico-sociale du Conseil Départemental de l'Ariège, évalue la perte d'autonomie (GIR) du demandeur et élabore un plan d'aide.

Le Conseil Départemental a délégué au CLIC, par convention, l'évaluation de la qualité de la mise en œuvre du plan d'aide, son suivi, et son adaptation si nécessaire.

L'organisation de ce dispositif, proche du domicile, assure un soutien au bénéficiaire de l'APA et à sa famille dans les diverses difficultés rencontrées notamment pour les formalités relatives à l'embauche des salariés.

Pour que le CLIC puisse jouer pleinement son rôle d'aide, les services ADS du Conseil Départemental transmettront les informations APA vous concernant.

**LISTE CLIC EN ARIEGE**

CLIC	ADRESSE	COORDONNEES
Vallées de l'Arize et de la Lèze - Canton du FOSSAT - Canton du MAS D'AZIL	4 chemin Laillères 09130 LE FOSSAT	Tel Fax : 05 61 68 01 66 Email : clic.arizeleze@wanadoo.fr
PAYS DE FOIX - Canton de FOIX VILLE - Canton de FOIX RURAL	1A avenue du Général de Gaulle 09000 FOIX	Tel : 05-34-09-84-44 Fax : 05-34-09-81-28 Email : clic@cc-paysdefoix.fr
LAVELANET	résidence du Touyre Espace Liberté 09300 LAVELANET	Tel : 05 61 01 05 61 Email : Dorothee.Cassagnet@ch-lavelanet.fr Fax : 05-61-01-41-65
MIREPOIX	A. E. I. S. E. du pays de Mirepoix 1 bis chemin de la Mestrise 09500 MIREPOIX	Tel : 05 61 69 02 84 Email : clicmirepoix.eise@gmail.com Fax : 05-61-69-02-89
BASSE ARIEGE - Canton de PAMIER EST - Canton de PAMIER OUEST	CLIC de Pamiers ADSEA – CS50065 7 rue de Loumet 09102 PAMIER CEDEX	Tel : 05 61 60 72 59 Email : clic-de-pamiers@wanadoo.fr Fax : 05-34-01-37-89
SAVERDUN	Communauté de Communes 12 Rue Sarrut 09700 SAVERDUN	Tel : 05-61-67-84-43 Email : leclicducantondesaverdun@gmail.com Fax : 05-61-67-84-44
« DES 4 CANTONS » - Canton de SAINT GIRONS - LA BASTIDE DE SEROU - MASSAT - OUST « DES 3 CANTONS » - Cantons de SAINT LIZIER - SAINTE CROIX VOLVESTRE - CASTILLON	boulevard Noël Peyrevidal 09200 ST GIRONS	Tel : 05 61 96 21 93 Email : clic-du-couserans@wanadoo.fr Fax : 05-61-96-49-32
TARASCON	18 avenue Victor Pilhes 09400 TARASCON	Tel : 05 61 64 40 90 Email : com.clic@wanadoo.fr Fax : 05 61 64 43 70
HAUTE ARIEGE - Canton de LES CABANNES - Canton AX LES THERMES - Canton QUERIGUT - Canton AUZAT/VICDESSOS	13 route nationale 20 09250 LUZENAC	Tel : 05 61 03 26 84 06 89 49 57 41 Email : clic@cc-hauteariego.fr Fax : 05-61-03-09-86
VARILHES	17 avenue du 8 Mai 1945 09120 VARILHES	Tel : 05 61 60 84 88 Email : clicvarilhes@orange.fr Fax : 05-61-60-09-07

**APA-GRILLE AGGIR**  
(à remplir par le médecin traitant)

NOM D'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : ..... Tél : .....

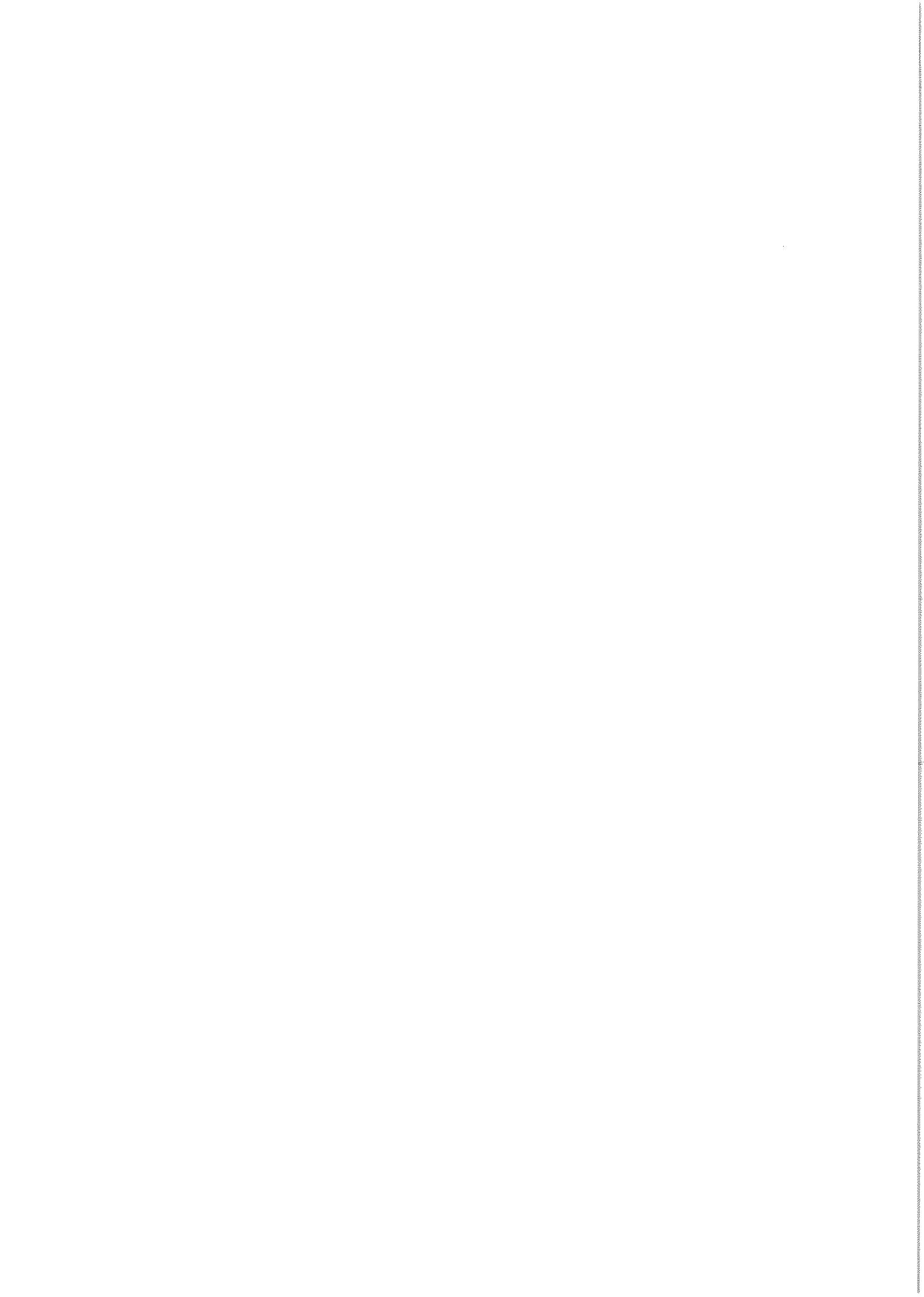
**CONSEQUENCES DES DEFICIENCES**

AUTONOMIE	
<p><b>A</b> : Fait seul spontanément, totalement, habituellement, correctement  <b>B</b> : Fait partiellement, non habituellement, non correctement  <b>C</b> : Ne fait pas</p>	
	<b>A , B ou C</b>
<b>COHERENCE</b> : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
<b>TOILETTE</b> : concerne l'hygiène corporelle	
<b>HABILLAGE</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
<b>ALIMENTATION</b> : manger les aliments préparés	
<b>ELIMINATION</b> : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir	
<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b> avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b> à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...	
<b>ACTIVITES MENAGERES</b> : ménage, préparation des repas...	

**IMPORTANT** : document à produire séparément du certificat médical. A NE PAS INSERER DANS L'ENVELOPPE destinée au certificat médical.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien



## DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE d'AUTONOMIE (A.P.A.)

**A retourner au** **CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ARIEGE**  
**Direction Adjointe de l'Autonomie - Pôle Instruction**  
 Hôtel du Département - BP 60023 - 09001 FOIX CEDEX  
 ☎ 05.61.02.09.09

### IDENTITE DU DEMANDEUR

RUBRIQUES	DEMANDEUR	CONJOINT ou PERSONNE VIVANT MARITALEMENT *
NOM DE NAISSANCE		
NOM D' USAGE		
PRENOMS		
DATE DE NAISSANCE		
LIEU DE NAISSANCE		
N° SECURITE SOCIALE		
NATIONALITE (F / UE / AUTRES)		
NUMERO DE TELEPHONE		
ADRESSE MAIL		
ADRESSE  (préciser le nom du bâtiment, et/ou n° d'appartement, lieu-dit ou toute information utile)		

*\* concubin ou personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)*

### COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE

*à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence*

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone fixe : .....Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Lien avec le demandeur : .....



## ALLOCATIONS

Percevez-vous :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ..... Oui  Non
- la prestation de compensation du handicap (PCH)..... Oui  Non
- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ..... Oui  Non
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ..... Oui  Non
- l'aide ménagère à domicile par votre caisse de retraite ..... Oui  Non
- l'aide ménagère au titre de l'Aide Sociale ..... Oui  Non

**Attention ! L'Allocation Personnalisée d'Autonomie n'est pas cumulable avec les prestations ci-dessus.**

## PATRIMOINE DORMANT

A renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité

### BIENS IMMOBILIERS DU FOYER

Possédez-vous des biens immobiliers (**propriétaire, en usufruit ou en indivision**) ?

Oui  Non

*Si oui*, précisez en complétant le tableau ci-dessous :

NATURE DU BIEN (résidence principale/secondaire, verger, garage, terrain bâti/non bâti...)	ADRESSE	EXPLOITATION
		<input type="checkbox"/> occupé par : ..... <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé par : ..... <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé par : ..... <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué
		<input type="checkbox"/> occupé par : ..... <input type="checkbox"/> non occupé <input type="checkbox"/> loué

### BIENS MOBILIERS ET CAPITAUX NON PLACES DU FOYER

Bénéficiez-vous :

- de contrat(s) d'assurance vie ? Oui  Non

## AUTRES RESSOURCES

Bénéficiez-vous :

- d'une rente viagère à titre onéreux **pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie** ? Oui  Non
- de concours financiers **versés par des descendants pour la prise en charge de la perte d'autonomie** ? Oui  Non

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant\*

Mr / Mme\* .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

### DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental, à l'attention de Monsieur le Directeur de l'Autonomie.

Fait à..... le .....

**Nom - Prénom et signature** du demandeur ou de son représentant (précisez la qualité)

\* *Rayer la mention inutile*

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- photocopie du **livret de famille** ou de la **carte d'identité** ou du **passport de la communauté européenne** ou un **extrait de naissance** du demandeur
- Demandeur de nationalité étrangère : photocopie de la carte de séjour temporaire ou carte de séjour « compétences et talents » ou carte de séjour retraité ou de résident ou attestation de délivrance ou renouvellement du titre de séjour ou attestation de demande d'asile, ou attestation provisoire de séjour , ou récépissé de demande de titre de séjour avec mention éventuelle : « reconnu réfugié »
- photocopie intégrale du **dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu** (en cas de décès du conjoint joindre les **deux situations partielles** avant et après veuvage)
- photocopie des pièces justificatives des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant **du foyer** : **dernier relevé de la taxe foncière des propriétés bâties et non bâties, relevé(s) annuel(s) d'assurance vie ...En cas d'exonération**, joindre un relevé de propriétés à solliciter auprès de votre centre des impôts.
- Un **relevé d'identité bancaire ou postal du compte courant** au nom du demandeur ou du tuteur.
- Le certificat médical (facultatif)

Si vous êtes hébergé en établissement hors du département de l'Ariège, ajouter :

- Attestation de présence en établissement
- Grille AGGIR remplie par le médecin coordonnateur de l'établissement
- Arrêté de tarification
- Pour le versement direct de la prestation à l'établissement, courrier de demande et RIB de l'EHPAD

Annexe 1

**Déclaration du ou des proches aidants dans le cadre d'une demande  
d'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

*A remplir par le demandeur ou son référent et à joindre à la demande d'APA si l'usager le souhaite.*

Ce volet du dossier de demande vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne, qu'on dénommera « aidants » pour l'attribution éventuelle d'aide au répit.

**COORDONNEES DE LA OU DES PERSONNES AIDANTES**

	Informations concernant votre 1 <sup>er</sup> aidant	Informations concernant votre 2 <sup>ème</sup> aidant
Nom Prénom		
Age		
Adresse		
Téléphone Fixe		
Téléphone portable		
Adresse E-mail (facultatif)		
Lien avec le demandeur		
Nature de l'aide apportée (1)		
Durée et périodicité de cette aide (2)		

1 :Nature de l'aide apportée (ex : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

2 :Durée et périodicité approximatives de cette aide pour une journée, une semaine ou un mois (selon ce qui vous paraît le plus pertinent).

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant\* de **Mr / Mme\***.....certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

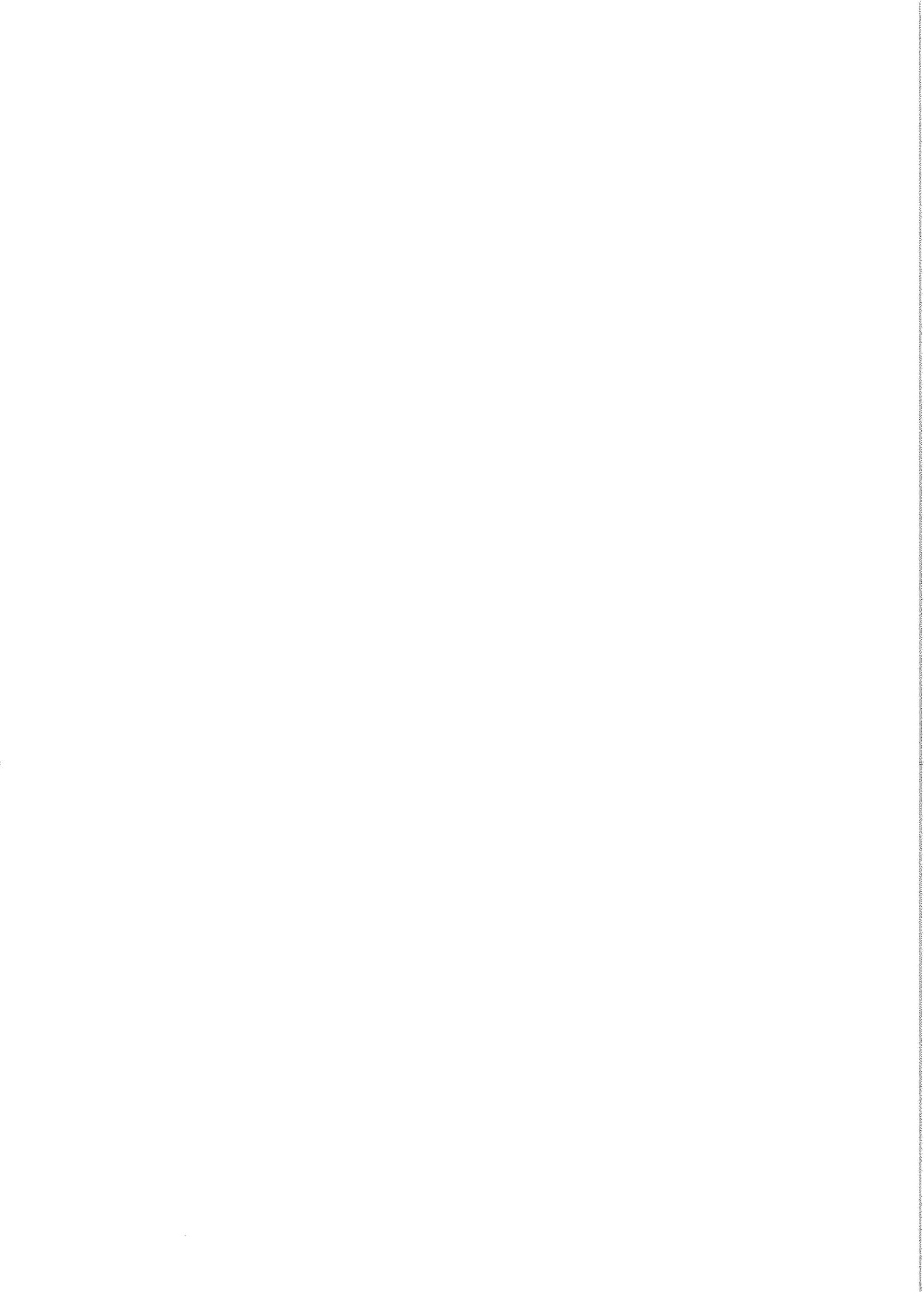
**DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978**

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels. Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental, à l'attention de Monsieur le Directeur de l'Autonomie.

Fait à .....le.....

Nom - Prénom et signature du demandeur ou de son représentant (précisez la qualité)

\* *Rayer la mention inutile*



Confidentiel

# Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès  
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance .....  
Nom d'épouse .....  
Prénom ..... Date de naissance ...../...../.....  
Adresse .....  
N° d'immatriculation sécurité sociale .....  
N° de dossier auprès de la MDPH (si connu) .....

➡ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES)

et

Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap\* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

**Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :**

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du ....., il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A ..... le ..... Cachet

Signature du médecin

➡ Dans les autres cas : **Veillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

**Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.**

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

\* «*Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.*» (Article L.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

**Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH**

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance pour les enfants - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

Accident du travail       Maladie professionnelle       compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

**Description clinique actuelle**, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids ..... Taille ..... latéralité dominante avant handicap.....  compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

**Perspective d'évolution**

Stabilité       Aggravation       Incapacité fluctuante (préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées)  
 Risque vital       Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)       non définie

**En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif** : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

**En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif** : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

## Traitements, prises en charges thérapeutiques

**Nature et durée des traitements en cours** (dont régime), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires, ...

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

### Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Nature

Fréquence

**Soins ou traitements nocturnes**     non     oui (préciser)

**Projet thérapeutique** (le cas échéant) :

### Appareillages

- Appareil auditif     unilatéral     bilatéral
- Canne,  déambulateur
- Fauteuil roulant     manuel     électrique
- Orthèse, prothèse (préciser)
- Sonde urinaire     Stomie urinaire
- Stomie digestive d'élimination
- Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (préciser)     O<sub>2</sub>
- Autre(s) appareillage(s) (préciser)

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance ...

## Retentissement fonctionnel et/ou relationnel A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

**Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement...**

Périmètre de marche .....

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus) :

- 1 – pas de difficulté
- 2 – difficulté modérée
- 3 – difficulté grave ou absolue

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Communication orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui...**

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

Utiliser des appareils et techniques    de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur...)

**Conduite émotionnelle, relationnelle**

**Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation comportement, orientation dans le temps ou l'espace...**

	1	2	3
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Retentissement sur la sécurité** : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :  non  oui (précisez)

**Entretien personnel** : toilette, habillage, continence, alimentation...

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique  
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vie quotidienne et vie domestique** : travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

**Retentissement sur la vie sociale et familiale** (si besoin)

**Retentissement sur la scolarité** (si en âge scolaire) :

non  oui (préciser)

**Retentissement sur l'emploi** (si besoin)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :  non  oui (préciser)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :  non  oui (préciser)  
Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables ...

**Préconisations** : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)

**Observations** (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

**Certificat médical établi par :**

A ..... le ..... Cachet (obligatoire)

Signature du médecin