

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),, certifie que M/Mme

Nom.....Prénom.....

Locataire

Propriétaire

Domicilié à, (adresse complète)

.....
.....

Téléphone

Présente un état de santé nécessitant l'utilisation d'une protection pour incontinence générant davantage de déchets, ce qui l'amène à devoir les éliminer plus fréquemment.

Fait à, le, et remis en main propre à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Signature :

Nom :

Prénom :

Qualification (s) :

Adresse :

N°ADELI :