MINISTÈRE
DES ARMÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

Secrétariat général pour l'administration
Direction des ressources humaines du ministère de la défense

Service de l'action sociale des armées

Imprimé n° 520/31
Circulaire n° 2025-829/ARM/SGA/
DRH-MD/SCN ASA
du 18 juin 2025
Format 21 x 29,7

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr .....

atteste que l'état de santé de .....

.....

justifie l'intervention d'une aide-ménagère ou familiale à domicile :

à raison de : ..... heures par mois durant ..... mois

à compter du .....

MOTIFS DE L'INTERVENTION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A ..... , le .....
Cachet et signature du médecin

Nota. La prise en charge est fixée pour une période maximale de 6 mois. Il ne peut être accordé plus de 20 heures par mois. Toutefois, ce plafond peut être porté jusqu'à 60 heures par mois dans les cas présentant un caractère éminent sur le plan social.