

## 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 sera fixée pour une période maximale de 6 mois. Le nombre maximum d'heures pouvant être accordé est de 20 heures par mois. Il pourra être porté jusqu'à 60 heures maximum par mois dans les cas présentant un caractère éminent sur le plan social.