



**Attestation pour la délivrance des prestations de soutien à domicile  
(téléalarme, coiffure à domicile, pédicurie à domicile et port de  
repas à domicile)**

**À faire compléter par votre médecin traitant si vous n'êtes pas titulaire d'un des titres suivants :**

*Allocation Personnalisée d'Autonomie*

*Titre de pension ou carte d'invalidité portant la mention « tierce personne » ou « besoin d'accompagnement »*

*Titre de pension de 3<sup>ème</sup> catégorie du régime général*

*A renseigner par le demandeur :*

Nom du demandeur:

Prénom :

Date de Naissance :

Situation Familiale :

Adresse :

Code Postal :

*A faire remplir par le médecin traitant lors d'une prochaine consultation*

Je soussigné,

Atteste que Monsieur ou Madame

- Est dans l'impossibilité de sortir seul(e) de son domicile et/ou d'effectuer seul(e) un ou plusieurs actes de la vie quotidienne
- Se trouve dans une situation de risque due à son isolement ou à son état de santé
- Souffre de pathologies nécessitant l'intervention d'un pédicure à domicile une fois par mois

Fait à

le

Signature du médecin traitant