

**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 3ème 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