

**ALLOCATION PERSONNALISEE  
D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT**Résultat de la détermination d'un  
Groupe Iso Ressources en établissement

Je soussigné(e)

Dr.....

médecin coordonnateur de l'établissement  
d'hébergement pour personnes âgées :

Nom de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement : N° : ..... Rue : .....

Code Postal : \_ \_ \_ \_ \_ Ville : .....

certifie que  Madame  Monsieur

Nom de Naissance : .....

Nom marital (s'il y a lieu) : .....

Prénom : .....

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jour / mois / année)

a été évalué(e) 

<b>GIR N°: .....</b>
----------------------

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature obligatoire du  
Médecin de  
l'établissement  
Et Cachet du Médecin

--