

**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) **GIR N°:**

Fait à, le __ / __ / ____

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