|  |
| --- |
| **Attestation de prise en charge** |

**Je soussigné(e) :** .................................................................................................................................................................

Demeurant à : .....................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................

Numéro de téléphone : ……………………………………………….

Déclare sur l’honneur prendre en charge :

Nom et prénom : ................................................................................................................................................................

déclare assurer sa surveillance jusqu’à une consultation médicale, son état physique et/ou psychique ne lui permettant pas de continuer à occuper son poste de travail ou à rentrer à son domicile par ses propres moyens.

Fait à ............................................ Le ..........................................

SIGNATURE :