

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr.....  
atteste que l'état de santé de .....

justifie l'intervention d'une aide-ménagère ou familiale à domicile :

à raison de : ..... heures par mois durant ..... mois

à compter du .....

MOTIFS DE L'INTERVENTION :

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

A....., le .....  
Cachet et signature du médecin

**Nota.** La prise en charge est fixée pour une période maximale de 6 mois. Il ne peut être accordé plus de 20 heures par mois. Toutefois, ce plafond peut être porté jusqu'à 60 heures par mois dans les cas présentant un caractère éminent sur le plan social.