|  |
| --- |
| ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE |
| Je soussigné, M……………………………………………………………………………,Numéro de téléphone : …………………………………………………………………* Déclare **accepter la prise en charge** de M……………………………………,
* 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 ou de rentrer à son domicile par ses propres moyens.En cas de transport de l’agent, un avis médical sera nécessaire au centre 15.Fait à …………………………………………..,Le (jour/heures/minutes) ………………………………………………………………..Signature : |