|  |
| --- |
| 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 : |