

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)

Numéro de téléphone

- ☐ déclare accepter la **prise en charge** de
- ☐ 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/heure/minutes)

Signature