



FICHE-OUTIL

Modèle d'attestation de prise en charge de l'agent

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 auprès du centre 15 le plus proche.

Fait à.....

Le (jour/heure/minutes)

SIGNATURE :