

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur..... , atteste , après avoir
procédé à l'examen de Monsieur, Madame, , que son état de
santé actuel ne lui permet pas d'être autonome en matière de déplacement.

Motif :
.....
.....
.....

En conséquence, Monsieur, Madame, peut prétendre
bénéficier du service d'Aide à la Mobilité Individuelle (AMI).

Fait à :

Le :/...../.....

Signature + Cachet du Médecin