



Résidence Autonomie

Joseph GONTIER

Foyer logement pour personnes âgées

CERTIFICAT MEDICAL
(À REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT)

Je soussigné(e).....

Docteur en Médecine , certifie que M.....

Né(e) le, ne présente à ce jour ni infirmité ni signes de

maladie contagieuse cliniquement décelable et jouit de toutes ses facultés

mentales et physiques lui permettant de vivre en Foyer logement.

Fait à, lepour faire valoir ce que
de droit.

Signature et cachet