**Annexe 4**

**Certificat médical type à faire établir par le médecin suivant l’enfant ou la personne atteinte d’une perte d’autonomie ou présentant un handicap**

SUR PAPIER A ENTETE
Indiquant Nom, Prénom, adresse, téléphone, numéro d'inscription à l'Ordre et numéro RPPS

Je, soussigné, certifie avoir examiné ce jour *(jour, mois, année,  en toutes lettres)* à *(heure en toutes lettres)* à mon cabinet *(ou à son domicile, en service hospitalier, autre)*

Une personne de sexe ....... qui dit s'appeler:
- nom :
- prénom :
- date de naissance  (en toutes lettres) :
- adresse :
*en présence de : Nom Prénom, son représentant légal (s’il s’agit d’un enfant)*

L'examen clinique retrouve:

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Des examens complémentaires ont été réalisés (indiquer lesquels le cas échéant)

……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….
Un avis spécialisé complémentaire a été sollicité (indiquer lequel le cas échéant)
……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….

Au vu des éléments constatés lors de l’examen clinique sur le patient âgé de …. j’atteste :

* Du caractère particulièrement grave de la maladie, du handicap ou de l’accident de l’enfant rendant indispensables une présence soutenue des parents et des soins contraignants.

***Ou***

* Du caractère particulièrement grave de la perte d’autonomie ou du handicap dont est atteint mon patient.

La durée prévisible du traitement du patient est estimée à *(préciser le nombre de jours)*.

Fait à ...........................le .............................
et remis en main propre à l'intéressé.

Signature manuscrite et cachet