

# ATTESTATION D'UNE PERSONNE AGISSANT À TITRE DE PROCHE AIDANT

A envoyer par courrier Accusé de Reception :  
Conseil Départemental du Val d'Oise  
Direction des personnes Agées (DPA)  
2 avenue du Parc  
CS 20201 CERGY  
95032 CERGY PONTOISE CEDEX

Date d'expiration de l'attestation (option)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

En ma qualité de professionnel·le du milieu de la santé et des services sociaux, j'atteste que :

Renseignements sur le proche aidant							
Nom de la personne	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse du domicile							
agit à titre de proche aidant auprès de :	Province	Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Agit à titre de proche aidant auprès de :

Renseignements sur la personne nécessitant une assistance							
Nom de la personne	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse du domicile							
	Province	Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom professionnel·le autorisé	Ordre professionnel	N° de permis

Coordonnées de l'établissement où exerce le/la professionnel·le autorisé·e							
Nom de l'établissement							
Adresse							
Ville	Province	Code <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature professionnel·le autorisé	
Signature	Date