

ATTESTATION

relative à la remise de sacs à ordures gratuits

Evolène

POUR LES PERSONNES ÂGÉES, MALADES OU SOUFFRANT D'UN HANDICAP

vivant à domicile (remplir les coordonnées du bénéficiaire)

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse – NP - localité	

nécessite l'utilisation au quotidien de protections contre l'incontinence ou tout autre dispositif médical/sanitaire produisant un volume important de déchets.

Cette attestation est valable 6 mois, pour 1 lot de 25 sacs de 35 litres *

soit du _____ au _____

**sauf prévision autre du professionnel de la santé sur la fréquence de distribution, soit 2 lots de sacs de 35 litres pour l'année.*

Identité du professionnel de la santé

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse – NP - localité	
Organisation de soins	

Par ma signature, j'atteste que toutes les données susmentionnées sont conformes à la réalité.

Date :

Timbre et signature :

A remplir par l'administration du CMSS lors de la distribution

Nombre de lot (s) de 25 sacs de 35 litres :

Remis le : _____ par _____ Visa :