

# ATTESTATION

relative à la remise de sacs à ordures gratuits

**Hérémenche**

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

vivant à domicile (remplir les coordonnées du bénéficiaire)

<b>Nom et prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Adresse – NP - localité</b>	

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 3 mois, pour 1 lot de 15 sacs de 35 litres \****

***soit du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_***

*\*sauf précision autre du professionnel de la santé sur la fréquence de distribution soit 2 lots de 15 sacs de 35 litres pour 6 mois ou 4 lots de 15 sacs de 35 litres pour l'année.*

## Identité du professionnel de la santé

<b>Nom et prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Adresse – NP - localité</b>	
<b>Organisation de soins</b>	

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 15 sacs de 35 litres : .....

Remis le : \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ Visa :