



Aide au conjoint d'une personne en perte d'autonomie

Feuille annexe



Site Internet : www.groupe-uneo.fr
Tél. : 0970 80 96 87 (prix d'un appel local)
Mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité

Année 2010 - FA-APPA

↘ **MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES ET DE COCHER LES CASES CORRESPONDANTES**

↘ ATTESTATION

Je soussigné | _____ |

Directeur de l'établissement | _____ |

Certifie que M., Mme | _____ |

Né(e) le : | ____ | | ____ | | ____ |

Est placé(e) dans mon établissement depuis le | ____ | | ____ | | ____ |

L'intéressé(e) est actuellement classé(e) en ⁽¹⁾ :

GIR 1

GIR 2

GIR 3

GIR 4

Depuis le : | ____ | | ____ | | ____ |

Lieu : | _____ | Date : | ____ | | ____ | | ____ |

Signature :

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

(1) joindre la notification de décision du conseil général.