



Je soussigné(e) _____

Docteur en Médecine, certifie que l'incapacité dont est atteint(e) M/Mme

né(e) le _____

Titulaire de la carte d'invalidité n° _____
datée du _____

Ou de la notification officielle de décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, datée du _____

N° d'affilié : _____-00- _____

existait à la naissance

est survenu au cours de l'année : _____

est en lien direct avec le handicap dont l'existence est attestée par le justificatif précité.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration et documents joints.

Fait à _____, le _____

Cachet et signature du médecin traitant