

Demande d'allocation journalière de présence parentale

Certificat médical

Nature des soins, contraintes, tolérance

| | Nature de la prestation contraignante | Fréquence, durée et lieu des soins | Participation nécessaire d'un des parents |
|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| Traitement médical | | | |
| Traitement chirurgical | | | |
| Rééducation fonctionnelle | | | |
| Adaptation d'un appareillage | | | |
| Autre | | | |

Durée prévisible des soins contraignants et de la présence indispensable d'un parent :

Coordonnées du médecin

Nom du médecin :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Numéro de téléphone (*facultatif*) : domicile

Spécialité :

Date :

Signature et cachet

