

### Attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Partie réservée au médecin : .....

Je soussigné(e), Dr .....

certifie que : Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| .....

Adresse : ..... Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_| .....

Commune : .....

est dans l'incapacité d'accomplir seul(e), totalement, habituellement et correctement au moins quatre des 17 actes de la grille AGGIR, que ces actes soient relatifs à la perte d'autonomie physique et psychique ou à la perte d'autonomie domestique et sociale.

A : ....., le : .....

Signature et cachet du médecin :

Partie réservée au contrôle médical :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....