

Nom de l'utilisateur :

N° dossier :

Motifs du transfert d'établissement

Dans l'IMMÉDIAT, j'atteste que le transfert d'établissement de la personne selon les modalités définies ci-dessus ne présente aucun risque sérieux pour elle-même et/ou pour autrui.

Ordonnance médicale pour la durée du transport

Signature du médecin et numéro de permis de pratique

Date (AAAA-MOIS-JOUR)

Le certificat doit être versé au dossier de l'utilisateur.

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES