

**Certificat médical  
Protections Sanitaires**

**A compléter par le médecin traitant**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_, docteur

en médecine, certifie que l'état de santé de :

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Nécessite le port de protections sanitaires pour la période

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet obligatoire



**ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
de situation pour une demande  
de protections sanitaires  
A compter du 1<sup>e</sup> janvier 2.....**

**A remplir par le bénéficiaire**

Je soussigné(e), nom – prénom : \_\_\_\_\_

- atteste sur l'honneur n'avoir perçu jusqu'à ce jour aucune aide de la part du Conseil Général au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et m'engage à prévenir la CMCAS de toutes les démarches ultérieures que je pourrai effectuer pour obtenir cette aide

*Veillez nous informer de tout changement intervenu dans votre situation familiale et/ou financière.*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature