

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr.....certifie que l'état de santé de :

Nom : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Domicilié(e) (adresse) : .....

91000 Évry-Courcouronnes

Nécessite la mise en place du service de portage de repas à domicile pour la durée de :

.....

Son état de santé :

- Ne nécessite pas de régime alimentaire particulier
- Nécessite un régime pauvre en sel
- Nécessite un régime allégé en sucre
- Nécessite une alimentation mixée.

Certificat remis en mains propres.

Fait le ...../...../20...

, à Évry-Courcouronnes.

Signature