



ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT

(Cf. clause 5-1.01 g)

Je, soussigné, Dr _____
(médecin traitant)

atteste avoir administré des soins médicaux à :

(prénom de l'enfant)

enfant à charge de :

(nom de l'employé ou employée)

le _____ à _____
(date) (heures)

et que ce traitement n'est disponible qu'entre 08 h 00 et 16 h 00, du lundi au vendredi.

(signature du médecin)

(date)