



## ATTESTATION POUR L'OCTROI D'UN CONGE D'ACCOMPAGNEMENT

Nom et adresse du médecin traitant

Code médecin

---

---

---

---

Par la présente, le soussigné médecin traitant de :

---

(nom et prénom de la personne en fin de vie)

Année

Mois

Jour

N°Ctr

--	--	--	--

--	--

--	--

--	--	--

(matricule de la personne en fin de vie)

atteste sa situation de fin de vie, constatée à partir du

---

(date du constat de fin de vie)

Cette attestation est établie en vue de l'obtention d'un congé d'accompagnement conformément à la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

L'attestation est à joindre à la demande pour l'octroi d'un congé d'accompagnement.

Date d'établissement de l'attestation :

---

\_\_\_\_\_  
Cachet et signature du médecin traitant