

ATTESTATION DE PRÉSENCE À UN RENDEZ-VOUS MÉDICAL

Je soussigné(e), _____

Adresse : _____

Certifie que :

M./Mme : _____

Né(e) le : _____ À : _____

A bien assisté à un rendez-vous médical dans notre établissement.

Informations sur le rendez-vous :

Motif : _____

Nom du professionnel de santé : _____

Adresse de l'établissement : _____

Durée approximative : _____

Déclaration :

Cette attestation est délivrée au patient afin de justifier sa présence lors d'un rendez-vous médical, conforme aux exigences réglementaires en vigueur. Elle ne constitue pas un justificatif d'arrêt de travail ou d'incapacité, et ne saurait engager la responsabilité du professionnel de santé au-delà de la véracité de la présence à la date indiquée.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du professionnel de santé : _____

Cachet de l'établissement

Signature

Source originale de ce document :

<https://juridique-travail.com/attestation-de-presence-rdv-medical/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://juridique-travail.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.