

## ATTESTATION MEDICALE EN VUE DE L'OBTENTION DE SACS POUBELLE GRATUITS POUR PERSONNES SOUFFRANT D'INCONTINENCE

### À compléter par le médecin

Je soussigné, ....., Docteur en médecine,  
certifie par la présente que la personne reprise ci-dessous souffre d'incontinence.

Nom et prénom du bénéficiaire : .....

Adresse du bénéficiaire : .....

.....

Registre national du bénéficiaire : .....

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du prescripteur :

### À compléter par le bénéficiaire ne sachant pas se déplacer

Je soussigné, ..... autorise

Mme/M ..... à retirer mes sacs poubelles auprès du

Guichet de la Recette communale.

Signature du bénéficiaire :

*Attention : Seule cette personne, munie de sa carte d'identité, sera autorisée à reprendre les sacs poubelle du bénéficiaire.*

### Réception des sacs poubelle gratuits

Date de réception : ..... Nombre de rouleaux : ..... rouleaux de sacs de .... litres.

Signature :