

Attestation médicale

Je, soussigné(e), docteur (nom docteur)

déclare que M/Mme..... (nom patient(e))

- a la capacité juridique et la santé mentale de signer des documents.
- N'a PAS la capacité juridique et la santé mentale de signer des documents.

Si désiré: ajouts / commentaires:

.....
.....
.....

Fait à (place)

En date du (date)

.....
(Signature et **cachet** docteur)