

PROTOCOLE DE SOINS relatif au CONGE LONG FRACTIONNE

Je soussigné(e), docteur _____, certifie que l'état de santé de
M _____, né(e) le ____/____/____, appartenant au corps des
_____ justifie l'octroi d'un congé long fractionné à raison de _____ jours par
_____ pour les raisons suivantes.

Historique de la maladie et antécédents médicaux (merci de bien vouloir préciser les dates) :

Soins et traitements en cours ou à venir :

Nature des soins :	Dates :	Fréquence : <i>(ex : x jours par semaine, par mois)</i>

Justifications médicales de ces soins :

Autres : _____

Date et lieu :

Cachet et signature du médecin :