

**AUTORISATION DE
CONGÉ TEMPORAIRE
EN C.H.**



DT9124

Nom de l'établissement : _____

AUTORISATION DU MÉDECIN OU DU DENTISTE

Son état de santé le permettant, j'autorise l'usager à prendre un congé temporaire :

Motif : Affaires personnelles Plan thérapeutique Autres Préciser : _____
Accompagné Non accompagné

Horaire :

AUTRES MODALITÉS _____

CONGÉ SIMPLE

Année	Mois	Jour	Heure de départ	Heure de retour

CONGÉ QUOTIDIEN

Année	Mois	Jour	Date

Directives médicales

Signature du médecin ou du dentiste traitant

Année	Mois	Jour

 N° de permis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Date

ACCEPTATION DE L'USAGER

J'ai pris connaissance des conditions liées au congé, et j'accepte de les respecter.

Signature de l'usager ou de son représentant légal

Année	Mois	Jour

 Date

Lieu où rejoindre l'usager

Lieu _____ Ind. rég.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de téléphone

ATTESTATION DE DÉPART

J'atteste du départ de l'usager ci-dessus mentionné.

Nom de la personne accompagnatrice (le cas échéant) _____

Remarques de l'infirmière/infirmier _____

Signature de l'infirmière/infirmier

Année	Mois	Jour

 Date

 Heure

ATTESTATION DE RETOUR AU C.H.

Année	Mois	Jour

 Date

 Heure **Notes** _____

Signature de l'infirmière/infirmier