

**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 _____

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 _____

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 _____

Date _____

Heure _____

ATTESTATION DE RETOUR AU C.H.

Année Mois Jour

Date _____

Heure _____

Notes

Signature de l'infirmière/infirmier _____