

**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