

**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