



Attestation de prise en charge d'un agent

A compléter par la personne majeure prenant en charge l'agent

Je soussigné, M

(Numéro de téléphone, adresse).....

déclare accepter la prise en charge et la surveillance de M *(nom et prénom de l'agent pris en charge)*, à la demande de son employeur *(nom de la collectivité)*.

son état physique et/ou psychique ne lui permettant pas de continuer à occuper son poste ou de rentrer à son domicile par ses propres moyens.

Fait à *(lieu)*

Le *(date)*

À *(heure)*

Signature