

## Attestation médicale

Je, soussigné(e), docteur ..... (nom docteur)

déclare que M/Mme..... (nom patient(e))

- a la capacité juridique et la santé mentale de signer des documents.
  
- N'a PAS la capacité juridique et la santé mentale de signer des documents.

Si désiré: ajouts / commentaires:

.....  
.....  
.....

Fait à ..... (place)

En date du ..... (date)

.....  
(Signature et **cachet** docteur)