

JUSTIFICATIF DE PASSAGE

Ce document doit être complété par un professionnel de santé et/ou d'une administration, afin de permettre à son bénéficiaire de prétendre à la prise en charge de son absence dans le cadre de notre accord d'entreprise en faveur des salariés handicapés. Il est donc important que le cachet figure sur ce document afin d'attester de sa validité.

IDENTIFICATION DU SALARIE OU DE L'ENFANT

Nom – Prénom :

ID :

Nom – Prénom de l'enfant (si concerné) :

MOTIFS (rayer la/les motifs inutiles) :

- **Rendez-vous pour un suivi médical lié au handicap du salarié/enfant**
- **Démarches administratives ou médicales en lien avec le handicap**
- **Rendez-vous pour suivi appareillage lié au handicap**
- **Autre : (à compléter) :**

Fait le :

A :

Cachet / Signature :

(indispensable)