DEPARTEMENT DE PARIS

Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
Sous-direction de l'action sociale

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT
Résultat de la détermination d'un Groupe Iso Ressources en établissement

Je soussigné(e)

Dr.....

médecin coordonnateur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées :

Nom de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement : N° : ..... Rue : .....

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : .....

certifie que ❒ **Madame** ❒ **Monsieur**

Nom de Naissance : .....

Nom marital (s'il y a lieu) : .....

Prénom : .....

Né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (*jour* / *mois* / *année*)

a été évalué(e) | **GIR N° : .....**

Fait à ....., le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature obligatoire du Médecin de l'établissement Et Cachet du Médecin