



Village : _____

Le : (aaaa/mm/jj) ____/____/____

Objet : Motivation d'absence pour raison médicale

Madame,

Monsieur,

Je soussigné(e), _____ (nom de l'infirmier(e)),
vous confirme que Madame/Monsieur _____ sera absent(e)
du travail à partir du (aaaa/mm/jj) ____/____/____ et jusqu'au (aaaa/mm/jj)
____/____/____ pour raison médicale.

Nom et signature de l'infirmier(e)

Pour

Véronique Morin, MD