

CERTIFICAT MEDICAL
dans le cadre d'une demande de remboursement de
PRODUITS ABSORBANTS POUR INCONTINENCE

Je soussigné....., docteur en médecine,
 certifie que , né(e) le

présente une incontinence

urinaire	nocturne	totale	temporaire
et/ou	et/ou		
fécale	diurne	partielle	définitive

dont le diagnostic est d' : • origine centrale suite à

.....

- origine périphérique
 - urinaire
 - digestive

..... , le

Signature et cachet :