

Opinion du médecin à l'égard de la sécurité du transfert d'établissement

- ☐ J'atteste que le transfert d'établissement de la personne selon les modalités définies ci-dessus ne présente aucun risque sérieux et immédiat pour elle-même et/ou pour autrui.

Motifs**Ordonnance médicale pour la durée du transport**

Année	Mois	Jour	Signature du médecin	Numéro de permis de pratique

Le certificat doit être versé au dossier de l'utilisateur.