



 **01 80 60 57 02/04**
Fax 01 80 60 59 20

ATTESTATION A REMPLIR OBLIGATOIREMENT
par le demandeur

(A transmettre à l'unité Médico-Administrative avec le dossier médical)

Je soussigné(e), M. Mme Mlle * _____
demeurant _____
code postal _____ ville _____

autorise le médecin Président de la commission médicale de l'IPRIAC à demander toutes pièces médicales nécessaires à l'étude de mon cas auprès des médecins signataires de mon dossier IPRIAC rempli à l'appui de ma demande de prestations.

Fait à _____, le _____

Signature :

* Rayer les mentions inutiles