

Annexe 3.3 – Tableau des vacations réalisées par le professionnel libéral au sein de l'EHPAD

Nom/Prénom du professionnel libéral :

Numéro AM:

☐ Médecin

☐ Infirmier

Date de l'intervention	Indiquer si l'intervention porte sur le matin et/ou l'après-midi	Nom et prénom des résidents vus au cours de l'intervention
	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	-... -... -...
	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	
	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	

Je soussigné(e).....,

certifie que les informations renseignées ci-dessus sont exactes.

Date :

Signature :

