



Identifiant:

Nom :

Prénom :

Attestation de classement Groupes Iso-Ressources (GIR)

A remplir par le médecin traitant

Je soussigné(e)..... , médecin traitant
(ou responsable de l'équipe chargée de l'évaluation à domicile ou responsable de l'équipe
soignante de la maison de retraite ou responsable de l'équipe du centre d'évaluation
gériatrique), atteste, après évaluation sur la base des dix-sept variables de la grille
Autonomie Gériatrique Groupes Iso-Ressources (AGGIR) 2021 que :

M/Mme ,

né(e) le..... ,

est classé(e) en **GIR 5 / GIR 6** (*Rayer la mention inutile*)

pour la période du au
(La période peut s'étendre jusqu'au 31/12/2021 maximum)

Je soussigné(e) certifie par ailleurs que le CERFA 11510*01 (grille nationale AGGIR - identification
de la personne examinée) parviendra à l'organisme pertinent⁽¹⁾.

Fait à : le

Cachet et signature

Attention, ce document est à retourner au :

CSEC Orange
Aide à l'Autonomie
190 quai de Jemmapes
75010 Paris

(1) Par souci du respect de la confidentialité des données à caractère médical et/ou personnel, le CSEC/votre CE
Retraités ne demande pas à recevoir la grille AGGIR remplie en elle-même.