

Nom/ Nome Prénom/ Prenome
Numéro / número Rue / Rua
Code postal / Código postal Localité / Município
Numéro de téléphone / Número de telefone + -
Matricule nationale / Matrícula nacional _____

CNS
Contrôle Médical
A l'attention du Directeur Dr. Gérard Holbach
L-2980 Luxemburg

Luxembourg, le
Luxemburgo, dia ____ / ____ / 202__

Concerne: Demande pour personne d'accompagnement
Relativo a : Pedido para pessoa de acompanhamento

Monsieur le Directeur,
Prezado Senhor Diretor,

Sur la base de cette demande, je demande l'autorisation d'un accompagnateur,
Com este pedido peço a autorização de uma pessoa de acompanhamento,

Nom de la personne d'accompagnement
Nome de pessoa acompanhante
pour mon rendez-vous auprès du contrôle médical le ____ / ____ / 202__ à ____ : ____ heures
para meu encontro de controlo médico do dia ____ / ____ / 202__ as ____ : ____ horas
avec le Docteur
com o doutor

Ceci pour la et/ou les raison(s) suivante(s):
Isto por as razões seguintes:

- Δ Barrière linguistique (ma langue d'expression :)
Δ Barreira de língua (minha linguagem de expressão :)
- Δ Raisons médicales:
Δ Razões médicas:
- Mobilité réduite
 Mobilidade reduzida
 - Afin d'assurer la meilleure compréhension possible (soutien de la capacité de participer)
 Para garantir a melhor compreensão possível (apoio na capacidade de participar)
 - Soutien dans une situation stressante
 Apoio numa situação estressante

Dans l'attente de votre compréhension, et en espérant une suite favorable, je vous prie
d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma plus haute considération.
A défaut d'accord de votre part, à m'autoriser à me faire accompagner par la personne sus-
identifiée pour les motifs sus-invoqués, je vous prie de bien vouloir me faire parvenir une
décision susceptible d'un recours.
Ficando na espera de uma resposta favorável, queira aceitar, Senhor Diretor, a expressão de
meus sinceros cumprimentos

Signature
Assinatura _____