

ATTESTATION KINESITHÉRAPIE

Prénom :

Nom :

Adresse :

.....

┌ Apposez ici votre vignette de mutuelle ─┐

└──┘

Diagnostic : grossesse

Nature du traitement : kinésithérapie périnatale

Nombre de séances : Période :

Date présumée de l'accouchement : / /

Nom médecin :

┌ date et signature ─┐ ┌ sceau ─┐

└──────────────────┘ └──────────┘