



ATTESTATION DE DEPLACEMENT POUR SOINS
ne pouvant être assurés à distance et ne pouvant être différés

Je soussigné(e) Mme / M.

Masseur-kinésithérapeute exerçant au

Atteste que Mme / M.

Demeurant à

Doit se rendre pour ses soins de kinésithérapie à l'adresse mentionnée ci-dessus,
aux créneaux horaires indiqués ci-après :

PLANNING DES RENDEZ-VOUS

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
2	3	4	5	6	7
9	10	11	12	13	14
16	17	18	19	20	21
23	24	25	26	27	28
30	1	2	3	4	5