



**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
1 ^{er} février	2	3	4	5	6
8	9	10	11	12	13
15	16	17	18	19	20
22	23	24	25	26	27
1 ^{er} mars	2	3	4	5	6