



**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
26 avril	27 avril	28 avril	29 avril	30 avril	1 ^{er} mai
3 mai	4 mai	5 mai	6 mai	7 mai	8 mai
10 mai	11 mai	12 mai	13 mai	14 mai	15 mai
17 mai	18 mai	19 mai	20 mai	21 mai	22 mai
24 mai	25 mai	26 mai	27 mai	28 mai	29 mai