

MODELE DE CERTIFICAT

Je, soussigné(e) _____, masseur-kinésithérapeute,
certifie avoir examiné le (*date en toutes lettres*) _____
à ____ heure____, à (*Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre*) _____,
Madame ou Monsieur
(*nom - prénom*) _____ né le (*date de naissance en
toutes lettres*) _____ et avoir constaté que

_____.

Ce certificat est établi au motif de _____.

Fait à _____ le _____

Remis en main propre

Signature

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.
Un double doit être conservé par le masseur-kinésithérapeute.