

**MODELE DE CERTIFICAT**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, masseur-kinésithérapeute, certifie avoir pris en charge 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 lui avoir fait bénéficier de (*nombre de séances en toutes lettres*) \_\_\_\_\_ séances de kinésithérapie.

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.