



ATTESTATION DE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE

NOM : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone rés : _____ Travail : _____

Nom du thérapeute : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone rés : _____ Travail : _____

Nombre de séances suivies : _____

Date de la première séance : _____

Date de la dernière séance : _____

Je soussigné (e), atteste par la présente que ces renseignements sont conformes à la réalité. En foi de quoi, j'appose ma signature.

Signature : _____

Signature du thérapeute : _____

Fait à _____ le _____ année _____