



FORMULAIRE ATTESTATION SUIVI THERAPIE

DURANT L'HORAIRE D'UN MODULE FREQUENTE A L'EJC

NOM DE L'ENFANT	PRENOM DE L'ENFANT	THERAPIE (LOGO, ORTHO, ETC.)	NOM THERAPEUTE

JOUR DE LA SEMAINE	HORAIRE		DUREE (DATES)		NB DE SEANCES SUIVIES :
	DE :	A :	DU :	AU :	

DATE :	SIGNATURE DU PARENT :

DATE :	SIGNATURE THERAPEUTE POUR ATTESTATION

PRIERE DE REMETTRE CETTE FICHE COMPLETEE A LA FIN DE LA THERAPIE OU DU SEMESTRE POUR REMBOURSEMENT PARTIEL OU COMPLET DU MODULE DE FREQUENTATION A L'EJC.

SANS RETOUR DE CETTE FICHE PAS DE REMBOURSEMENT POSSIBLE.