

4. Attestation du médecin

Je, soussigné, certifie que les informations figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes, et que le traitement mentionné ci-dessus est médicalement approprié.

Nom : _____

Spécialité médicale : _____

Adresse : _____

Tél.: _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____