

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 : \_\_\_\_\_