

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.