

CONDITIONS

Une intervention limitée au prix payé et de maximum 12 euros est octroyée par séance pour les enfants de moins de 14 ans avec un maximum de 120€ par an.

À COMPLÉTER PAR L’AFFILIÉ(E)

Nom :
Prénom :
Numéro national : -
Rue et n° :
CP et commune :

Ou

APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Tél. :

E-mail :

À COMPLÉTER PAR LE PRACTICIEN (OU LE SERVICE ORGANISATEUR)

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

déclare avoir suivi le patient - la patiente susnommé(e) dans le cadre de séance(s) de psychomotricité :

1. le / /	Montant perçu : €
2. le / /	Montant perçu : €
3. le / /	Montant perçu : €
4. le / /	Montant perçu : €
5. le / /	Montant perçu : €
6. le / /	Montant perçu : €
7. le / /	Montant perçu : €
8. le / /	Montant perçu : €
9. le / /	Montant perçu : €
10. le / /	Montant perçu : €

Date : / /

Signature et cachet du praticien :