

À COMPLÉTER PAR L’AFFILIÉ.E

Vous devez obligatoirement coller ici une vignette de mutuelle

Coller une vignette rose

Nom :

Prénom :

À COMPLÉTER PAR LE/LA PRESTATAIRE DE SOINS

Je soussigné.e ,
psychomotricien.ne, certifie avoir suivi le suivi psychomoteur du bénéficiaire ci-dessus.

Détail des séances :

Date de la prestation	Montant payé	Date de la prestation	Montant payé

Date : ___ / ___ / _____

Cachet et signature du/de la psychomotricien.ne :

Une prescription médicale doit être fournie préalablement aux séances.

Le/La bénéficiaire doit être âgé.e de moins de 18 ans

Vos données sont traitées conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de données à caractère personnel. À tout moment vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les modifier, supprimer ou exercer votre droit d'opposition. Pour ce faire, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : Privacy315@Solidaris.be.