

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....
Identification du patient
NOM, Prénom,
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui Non

Bilan et prise en charge en kinésithérapie

Zone à traiter ou pathologie :

- WE et jours fériés
- A domicile

Cachet et signature du prescripteur