

## Attestation de diagnostique

Mon/ma patient/e, \_\_\_\_\_  
Nom complet Date de naissance

est atteint/e de : \_\_\_\_\_

et/ou souffre des symptômes suivants : \_\_\_\_\_

### Information du médecin

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

# de licence : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  
# bureau # fax

Adresse : \_\_\_\_\_

Je comprend que mon bureau sera contacté pour vérifier l'authenticité de cette information.

\_\_\_\_\_  
**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_  
**Date**

Notes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_