

Docteur :	Nom du patient : Prénom :
-----------	----------------------------------

Le :

A :

12 à 15 séances de soins d'accompagnement et de réhabilitation, dans le cadre

D'une maladie d'Alzheimer ⁽¹⁾ ☐

D'une maladie apparentée ⁽¹⁾ ☐

Cachet et signature

(1) Cocher la case correspondante