

ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR VOTRE MEDECIN GENERALISTE

Je soussigné-e, Dr.....,

souhaite que mon patient M.....,

ayant ses droits santé à la MSA Côtes Normandes

date de naissance :

demeurant

bénéficie du Parcours Nutrition Santé (Nutri Déclic) proposé par la MSA Côtes Normandes.

Trois consultations chez un-e diététicien-ne seront prises en charge à hauteur de 40 euros la séance.

Fait à.....,

Signature et cachet du médecin

le

A renvoyer par mail à : lefort.stephanie@cotesnormandes.msa.fr

ou par courrier à :

**MSA Côtes Normandes
Prévention Santé
37 rue de Maltot
14026 CAEN CEDEX 9**

Les 4 étapes Nutri Déclic

