

ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR VOTRE MEDECIN GENERALISTE

Je soussigné(e), Dr.....,

souhaite que mon patient M.....,

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....., le

Signature et cachet du médecin

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

ou par courrier à : MSA Côtes Normandes
Prévention Santé
CS 80205
50005 SAINT LO CEDEX

Les 4 étapes Nutri Déclic

