



Accompagnement psychologique des jeunes : consultations

Pour pouvoir prétendre à un remboursement, ce document doit être intégralement complété et déposé à la mutualité à la fin du traitement.

COLLEZ VOTRE VIGNETTE BLEUE ICI

A COMPLETER PAR LE MEMBRE

Je soussigné, déclare par la présente sur l'honneur que des allocations familiales sont toujours payées pour (nom du jeune).....

Nom

Date

Signature

A COMPLETER PAR LE (LA) PSYCHOLOGUE/PSYCHOTHERAPEUTE

Nom :

Adresse :

Numéro de la Commission des psychologues (à ne compléter que par les psychologues):

	Date de la consultation	Montant payé	Signature du (de la) psychologue/psychothérapeute
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Date

Signature psychologue/psychothérapeute