



ATTESTATION

Je soussigné(e), Dr.....,

souhaite que mon patient M.....,

date de naissance :

demeurant

bénéficie du Parcours Nutrition Santé 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**