


Identité du kinésithérapeute :

Nom et prénom

 Téléphone/...../...../...../.....

 Fax/...../...../...../.....

<u>Nom et prénom du résident</u>	<u>Unité</u>

<u>Nom :</u> <u>Fonction :</u> <u>Visa :</u>	<u>Rédacteur</u> Dr PINGANAUD, Médecin Co.	<u>Validation</u> Sylvie LACOSTE, Directrice	<u>Conformité à la gestion</u> <u>qualité</u> Audrey TINNES, Chargée Qualité
--	--	--	---