



DECLARATION SUR L'HONNEUR DES FRAIS DE DEPLACEMENT
(UNIQUEMENT EN CAS DE MALADIE GRAVE)

Nom du médecin ou de l'établissement des soins	Date de la visite	Nombre de kilomètres aller-retour	Cachet du médecin ou du centre

Certifié sincère et véritable. Fait à _____ le _____ Signature