



cokillaje
Pays de la Loire

Professionnel Adhérent de COKILLAJE :

Temps de concertation et de collaboration pluridisciplinaire

ATTESTATION DE PRESENCE

Je soussigné(e),,
déclare avoir participé à la consultation/concertation de
l'enfant..... à
la date du.....

Lieux :
.....

Médecin/référent :

SIGNATURES

Professionnel
Nom.....

Médecin/référent
Nom.....

Yann LE LAY
Président de l'Association

COordination Kinésithérapique et Interprofessionnelle Ligérienne pour L'Accompagnement du Jeune Enfant

18, rue capitaine Yves HERVOUET- 44300 NANTES –cokillaje@gmail.com

www.cokillaje.com