



PRESCRIPTION POUR SOUTIEN-GORGE ET MAILLOT DE BAIN ADAPTES

Je soussigné, certifie que Madame
souffre d'une maladie chronique ou de longue durée ou d'une incapacité nécessitant l'utilisation
d'un soutien-gorge ou d'un maillot de bain adapté aux prothèses mammaires externes.

Période de validité : -----

Fait à Le

Signature et cachet