

certificat médical de non contre-indication

Je soussigné(e), Docteur.....,

certifie que M.....,

peut suivre un jeûne protéiné pendant.....jours

et qu'il n'existe pas de contre-indication à ce jeûne protéiné.

..... jours à raison de.....sachets par jour.

Fait à, le

Signature :

