

ATTESTATION MEDICALE

FORMATION « Pair Aidant en santé mentale : l'usager partenaire » Centre Hospitalier Esquirol

Je soussigné, Dr.....

Atteste que Mr-Mme.....

est en mesure de suivre la formation « Pair aidant en santé mentale : l'usager partenaire » et
que le suivi de cette formation est compatible avec son rétablissement.

Date :

Signature