



Rode Kruis  
Vlaanderen

## Attestation traitement impliquant des aiguilles

Je soussigné atteste par la présente

- (1) que j'ai reçu pour une séance d'acupuncture/de dry needling/de thérapie myofasciale ou tout autre traitement impliquant des aiguilles (à spécifier) :

.....

monsieur/madame : .....

né(e) le : .....

en date du .....(date du traitement avec des aiguilles).

- (2) que je suis affilié à la BAF/l'ABADIC/l'EUFOM/la BMST/dispose d'un certificat at-

testant que j'ai suivi une formation à/au .....

- (3) que j'ai respecté les normes en vigueur en matière d'asepsie : désinfection de la peau et utilisation de matériel stérile à usage unique, entre autres.

- (4) qu'aucun produit n'a été injecté.

Nom et prénom du thérapeute : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Numéro d'agrément : .....

Date : .....

Cachet et signature

