

**ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES JEUNES :  
COURS DE MEDITATION PLEINE CONSCIENCE**

Pour pouvoir prétendre à un remboursement, ce document doit être intégralement complété (recto et verso) et déposé à la mutualité à la fin du traitement.

*Collez votre vignette ici*

A COMPLETER PAR LE MEMBRE

Je soussigné(e), déclare par la présente sur l'honneur que des allocations familiales sont toujours payées pour (nom du jeune)

.....

Nom :

Date :

Signature :



Place de la Reine 51-52  
1030 Bruxelles  
T 02 209 48 11  
F 02 219 01 54  
www.mutplus.be  
info@mutplus.be

A COMPLETER PAR LE/LA PSYCHOLOGUE/PSYCHOTHERAPEUTE

Nom :

Adresse :

Numéro de la Commission des psychologues (à ne compléter que par les psychologues) :

Le/la psychologue/psychothérapeute susmentionné(e) certifie que

Monsieur/Madame ..... a terminé un cours  
de méditation pleine conscience en date du ..... / ..... / .....

Le cours se composait de ..... leçons et le droit d'inscription s'élevait à  
..... €.

Date :

Signature du/de la psychologue/psychothérapeute :