

**VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET LE RETOURNER À L'ADRESSE INDIQUÉE AU VERSO.**

Numéro de dossier de la CSIT
------------------------------

**Nom du client**

Nom :								Prénom :																																																									
<p style="text-align: center;"><b>DATES DE TRAITEMENTS (MOIS/JOUR)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SEMAINE</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>								SEMAINE	D	L	M	M	J	V	S	1								2								3								4								5								6								Nombre de traitements :	
								SEMAINE	D	L	M	M	J	V	S																																																		
1																																																																	
2																																																																	
3																																																																	
4																																																																	
5																																																																	
6																																																																	
								Nom du médecin orienteur :																																																									
								Partie du corps traitée :																																																									

<p>Description de la réponse aux traitements :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---

Massothérapeute : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Téléphone : (    ) \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*\*Les massothérapeutes traitant doivent être membre de l'Association des massothérapeutes de la province ou du territoire où ils exercent leur profession.*

Siège social : CP 8888 • Yellowknife, NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopie sans frais : 1-866-277-3677

ou

CP 669 • Iqaluit, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopie sans frais : 1-866-979-8501