



Médecin prescripteur

Adresse _____

Téléphone _____

**PRESCRIPTION MEDICALE POUR
LE CENTRE THERAPEUTIQUE DE JOUR NEUCHATELOIS**

Demande de prise en charge de Monsieur/Madame _____

Né le _____ dans votre centre de jour thérapeutique, dès le _____

Diagnostic : _____

Commentaires : _____

Lieu et date : _____

Signature et tampon