**DISTRIBUTION DE VISIERES**

Nom :

Prénom :

N° Ordinal :

 Par la présente je reconnais avoir reçu ce jour une visière de protection de la part du Conseil Départemental de l’Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes des Alpes-Maritimes.

Pour faire et valoir ce que de droit

Fait à ……………………..

Le ………………………

Signature :

Pris en lieu et place de ……………………………….