



Association Roger Vittoz
Psychothérapie et Pédagogie psychocorporelle

ANNÉE D'APPROFONDISSEMENT DES FONDAMENTAUX 2026-27

ATTESTATION DE THÉRAPIE VITTOZ

Je soussigné(e)....., Praticien(ne) de

l'Association Roger Vittoz, certifie que M., Mme, M^{elle}

a effectué avec moi à ce jour heures de thérapie Vittoz, du au
(dates).

A, le.....

Signature du (de la) praticien(ne)