



## ANNÉE D'APPROFONDISSEMENT DES FONDAMENTAUX 2025-26

### ATTESTATION DE THÉRAPIE VITTOZ

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

l'Association Roger Vittoz, certifie que M., Mme, M<sup>elle</sup>

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

A ....., le.....

Signature du (de la) Praticien(ne)