



**Cure thermale Saint-Eloy**  
Amnéville-Les-Thermes

**FLASH CURE VR**

Attestation (datant de moins d'un mois) de non contre-indication  
à la pratique de soins thermaux en Voies Respiratoires

Je soussigné(e), Dr .....

atteste que M./Mme.....

ne présente aucune contre-indication à la pratique de soins thermaux  
inhalatoires effectués dans le cadre d'une Mini-Cure respiratoire au  
Centre Thermal d'Amnéville.

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin