



**PRESCRIPTION POUR SOUTIEN-GORGE ET MAILLOT DE BAIN ADAPTES**

**Je soussigné, certifie que Madame .....**  
**souffre d'une maladie chronique ou de longue durée ou d'une incapacité nécessitant l'utilisation**  
**d'un soutien-gorge ou d'un maillot de bain adapté aux prothèses mammaires externes.**

**Période de validité : -----**

**Fait à ..... Le .....**

**Signature et cachet**