



ATTESTATION POURSUITE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

Je soussignée, Mlle/Mme _____, atteste par la présente que Madame **Kathie Ernest**, praticienne en **soins Énergie Christique, Lahochi**, ainsi que d'autres soins énergétiques proposés dans le cadre de ses services, m'a expressément recommandé de **poursuivre toute prise en charge médicale** que je pourrais avoir en cours à ce jour, ou qui pourrait m'être prescrite à l'avenir, notamment en ce qui concerne les traitements médicamenteux, examens médicaux, interventions chirurgicales, ou tout autre acte médical recommandé par un professionnel de santé.

À **aucun moment**, Madame Kathie Ernest **ne m'a conseillé, ordonné ni suggéré** d'interrompre ou de modifier cette prise en charge médicale.

J'ai parfaitement compris que les **soins énergétiques** proposés par Madame Kathie Ernest s'inscrivent **en complément d'un suivi médical et ne se substituent en aucun cas à la médecine conventionnelle**.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à :

Le :

Signature : _____

