

## CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e) Docteur ..... certifie que  
Monsieur-Madame-Mademoiselle .....  
ne présente aucune contre-indication à la prise de compléments alimentaires et/ou à suivre une  
diète protéinée à raison de ..... sachets pendant ..... jours.

*Fait le : ..... / ..... / .....*

*Signature :*

*Cachet du médecin :*