

**ATTESTATION DE NON PRISE EN CHARGE D'UNE CONSULTATION DE PSYCHOLOGIE  
PAR LES DISPOSITIFS « Santé psy étudiant » et « Mon soutien psy »**

Dans le cadre de la demande d'aide solidaire coup de pouce santé mis en œuvre par l'Université Toulouse Jean Jaurès, nous vous remercions de bien vouloir compléter et viser ce document.

**Je soussigné·e,**

*Nom et prénom du/de la psychologue : .....*

**Atteste que :**

*Nom et prénom de l'étudiant·e : .....;*

**A bénéficié du dispositif :**

« Mon soutien psy »

« Santé psy étudiant »

**Pour les consultations aux dates suivantes :**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**N'a pas bénéficié ni du dispositif « Mon soutien psy », ni du dispositif « Santé psy étudiant » pour la/les consultation.s en date du :**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

<b>Fait à</b>	<b>Le</b>	<b>Signature du/de la psychologue + TAMPON</b>
---------------	-----------	--