



**AIDES FINANCIERES**  
**Certificat médical**

A ajouter au dossier – sous plis au médecin de la commission

**Coordonnées du patient**

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

**Cancer / Hémopathie**

LOCALISATION INITIALE		
Date de diagnostic (initial ou rechute)		
Stade (T, N, M si adapté)		
Traitements en cours ou prévus :  Préciser le ou les traitements : <ul style="list-style-type: none"><li>• Chirurgie (date)</li><li>• Radiothérapie</li><li>• Chimiothérapie</li></ul>		
Surveillance simple :  Préciser la date de fin de traitement		

Autres affectations invalidantes :

.....  
.....  
.....  
.....

Nom du médecin : .....

Date :

Tampon :

