

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"> • Chirurgie (date) • Radiothérapie • Chimiothérapie 		
Surveillance simple : Préciser la date de fin de traitement		

Autres affectations invalidantes :

.....

Nom du médecin :

Date :

Tampon :