



BAS-RHIN

*Les aides financières attribuées par le Comité Départemental de la Ligue Contre Le cancer du Bas-Rhin sont accordées aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches, habitant dans le département, et confrontés à une situation financière difficile.*

## CERTIFICAT MEDICAL type

### DESTINE AU MEDECIN DE LA COMMISSION SOCIALE DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER

(Document détruit après la commission sociale)

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_

atteste que Madame/Monsieur (Prénom, Nom) \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

est suivi(e) pour (précisez le type de cancer) \_\_\_\_\_

**Date de début de la maladie :** \_\_\_\_\_

#### **Traitements :**

Intervention chirurgicale, date : \_\_\_\_\_

Radiothérapie,  en cours depuis le : \_\_\_\_\_

terminée date de fin de traitement : \_\_\_\_\_

Chimiothérapie,  en cours depuis le : \_\_\_\_\_

terminée date de fin de traitement : \_\_\_\_\_

Hormonothérapie,  en cours depuis le : \_\_\_\_\_

terminée date de fin de traitement : \_\_\_\_\_

**Retentissement sur la vie sociale et familiale (persistance éventuelle de complications ou de séquelles suite à la maladie cancer et/ou aux traitements) :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Certificat établi le :** \_\_\_\_\_

**Signature et cachet**