



HAUTES ALPES

CERTIFICAT MEDICAL TYPE

DESTINE AU MEDECIN DE LA COMMISSION SOCIALE DU COMITE DES HAUTES ALPES DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER

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 :

Actuellement :

En cours de traitement : précisez le ou les traitements :

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

Sous surveillance

Autre :

Retentissements 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