



GARD

CERTIFICAT MEDICAL

À joindre sous pli cacheté avec votre demande d'aide financière à l'attention du médecin de la commission sociale du comité (Document détruit après la commission sociale)

Je soussigné(e) Docteur : _____

Atteste que Mme/Mr (Prénom/Nom) : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Est suivi(e) pour (précisez le type de cancer et diagnostic) :

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