

Ligue contre le cancer

« Certificat médical »

A adresser au **Médecin de la commission**
Comité de Paris de la Ligue contre le cancer
32 av Corentin Cariou, 75019 Paris

A établir obligatoirement par le médecin hospitalier

PATIENT

Nom, Prénom Age

Domicile

Cancer / Hémopathie

		Remarques
Localisation		
Date de diagnostic / rechute		
Stade (T, N, M si adapté)		
Traitement en cours ou prévu (préciser le ou les traitements) : -Chirurgie (date) : -Radiothérapie (date de début et durée) : -Chimiothérapie (date de début, rythme et durée) :		
Sinon, surveillance simple		
Préciser la date de fin de traitement		

AUTRES AFFECTIONS INVALIDANTES

.....

.....

.....

Nom du médecin :

Hôpital.....

Date/...../2025

Signature et tampon du médecin