

# **AIDES FINANCIERES**

## **« Certificat médical »**

A adresser au :  
Comité de Paris de la Ligue contre le cancer  
89 Bd Auguste Blanqui, 75013 Paris  
au médecin de la commission, sous pli cacheté.

***A établir obligatoirement par le médecin hospitalier***

### **PATIENT**

Nom, Prénom .....

Domicile .....

### **Cancer / Hémopathie**

	Remarques
Localisation initiale	
Date de diagnostic (initial ou rechute)	
Stade (T, N, M si adapté)	
Traitement en cours ou prévus : Préciser le ou les traitements : -Chirurgie (date) -Radiothérapie (date de début, durée) -Chimiothérapie (date de début, rythme, durée)	
Surveillance simple : Préciser la date de fin de traitement :	

### **AUTRES AFFECTIONS INVALIDANTES**

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

Nom du médecin : ..... Hôpital.....

Date

Signature et tampon du médecin