



**CERTIFICAT MEDICAL TYPE**

**Doit être rempli par le médecin généraliste ou l'oncologue  
DESTINE AU A LA COMMISSION SOCIALE DU COMITE 28**

*(Document détruit après la tenue de la commission sociale)*

**Au Comité d'Eure et Loir de la Ligue contre le cancer  
A l'attention de la Commission sociale  
27 bis Avenue de la République 28600 Luisant**

Je soussigné(e) Docteur :

NOM/Prénom : .....

Atteste que : Madame/Monsieur - NOM/Prénom : .....

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 ..... / ..... / .....

A :

Signature et cachet