



CERTIFICAT MEDICAL (confidentiel)

A retourner par email medical.ppc@social.oc.mssante.fr

A remplir par le médecin traitant ou le médecin spécialiste

NOM du patient : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

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

NOM, ADRESSE ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

NOMS, ADRESSES ET TELEPHONE DU OU DES MEDECINS SPECIALISTES :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

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

DIAGNOSTICS ASSOCIES :

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

ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX :

