

INDICATIONS MEDICALES

Strictement confidentiel

La deuxième partie est à faire remplir par votre médecin et à retourner à :

LIGUE GENEVOISE CONTRE LE RHUMATISME (LGR)

Rue Merle d'Aubigné 22 - 1207 Genève

Tél. 022 718 35 55 - Fax 022 718 35 50 – cours@laligue.ch

Nom : Prénom :

Né(e) : Tél. :

Adresse : Ville :

J'autorise la LGR à demander le renouvellement de mon certificat à l'échéance de celui-ci auprès du Dr.....

INDICATION DU SUIVI HYDROTHERAPIE :

(à remplir par le médecin)

.....
.....

(à remplir par le médecin)

Problème du système ostéo-articulaire :

.....

Quelles sont les limitations que présente le patient du point de vue musculo-squelettique ?

.....

Comorbidités importantes :

.....

Le patient a-t-il besoin d'aide pour se préparer à la piscine ?

Le médecin soussigné atteste que la personne susmentionnée est apte à fréquenter la piscine (28°- 34°).

Durée de validité du certificat : 12 mois

Date :

Timbre et signature :

.....

.....