

**ATTESTATION MEDICALE EN VUE D'UNE DEMANDE DE  
CARTE MEDICALE AU CPAS DE MOLENBEEK-SAINT-JEAN**

**Je, soussigné(e),** ....., **Docteur en médecine,** exerçant à  
l'adresse suivante : .....

**atteste que**

Titre de civilité	Nom	Prénom	Date de naissance	N° dossier social
Madame				
Monsieur				
Enfant				

**résidant** (adresse) ..... à 1080 Molenbeek-Saint-Jean

**nécessite un suivi médical :**

*(à compléter pour le patient du ménage nécessitant le plus de soins de santé)*

- dans le cadre de la prévention et du traitement de pathologies intercurrentes
- pour traitement chronique simple (HTA, diabète bien contrôlé, asthme léger, ...)
- impérieux, pour une pathologie aigüe ou chronique grave, altérant à court terme le pronostic vital (cancers, accidents, diabète mal équilibré, ...).

Estimation du nombre de consultations à mon cabinet sur l'année* (au cours des 12 mois précédents) :	<5	5-15	>15
Estimation du nombre de références chez le spécialiste sur l'année* :	<2	2-5	>5
Estimation du nombre d'analyses de biologie clinique sur l'année* (tout type compris) :	<2	2-5	>5

*\*Pour les patients inscrits chez vous depuis moins d'un an, merci de noter le nombre de consultations depuis sa date d'inscription qui est le : .... / .... / .....*

**Remarques :**

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

Fait le .... /.... /..... à .....

Signature et cachet du médecin traitant