



PRESCRIPTION D'APPAREILLAGE MEDICAL

Important : Prière joindre à la prescription en cas de nécessité un rapport médical confidentiel afin de permettre aux services du contrôle médical de statuer dans les plus brefs délais.

: _____

Je soussigné, Docteur

après avoir examiné M(me) ()

Certifie que son état de santé nécessite l'appareillage suivant :

.....

..... le

**Cachet et signature
du médecin spécialiste**

En cas d'appareillage orthopédique fabriqué sur mesure

Code (*)	Désignation précise de l'appareillage prescrit
.....
.....
.....
.....

..... le

**Cachet et signature
du maître
appareilleur**