



Certificat médical HDS à remplir par le médecin

Certificat à adresser sous pli confidentiel à :

APGIS
à l'attention du Médecin Conseil
12 rue Massue
94684 Vincennes Cedex

Je soussigné Dr....., docteur en médecine,

certifie que ☐ Madame ☐ Monsieur.....

Adresse :

Date de naissance : est bien atteint(e) d'une maladie non stabilisée ou d'un handicap, figurant dans la liste suivante : (ne pas préciser la maladie ou le handicap)

- Maladies auto-immunes et orphelines ;
- Pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie ;
- Maladies graves et handicaps figurant dans la liste ci-dessous :

* Accident vasculaire cérébral invalidant,	* Suite de transplantation d'organe,
* Cancer,	* Polyarthrite rhumatoïde évolutive,
* Infarctus ou pathologie cardiaque invalidante,	* Sclérose en plaques,
* Hémopathies,	* Sclérose latérale amyotrophique,
* Insuffisance hépatique sévère,	* Démence sénile,
* Diabète insulino-instable,	* Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH),
* Myopathie,	* Epilepsie,
* Insuffisance respiratoire instable,	* Alzheimer,
* Parkinson non équilibré,	* Paraplégie traumatique et non traumatique,
* Mucoviscidose,	* Tétraplégie traumatique et non traumatique.
* Insuffisance rénale dialysée décompensée,	

Certificat établi à :le

Remis en mains propres à l'intéressé(e) pour usage conforme à la loi.

Signature du médecin :

Cachet du médecin :