

Parc Euromédecine
1800, rue de Saint Priest
34097 MONTPELLIER cedex 5
Tél. : 04.67.61.79.79
Fax : 04.67.61.78.56
Mail : ecoledudos@cl-fontfroide.fr

REEMPLIR EN MAJUSCULES S.V.P.

AVIS DE CONFIDENTIALITE : L'information apparaissant dans ce document télécopié est légalement privilégiée et confidentielle. Elle est destinée à l'usage exclusif de son destinataire tel qu'identifié ci-dessus. Si ce document vous est parvenu par erreur, soyez par la présente, avisé que sa lecture, sa reproduction ou sa distribution sont strictement interdites. Vous êtes, en conséquence, prié de nous aviser immédiatement en téléphonant au 04.67.61.79.79. Veuillez, de plus, nous retourner le document immédiatement par le courrier. Nous en assumons les frais. Merci par avance.

DOSSIER DE PRE-ADMISSION ECOLE DU DOS

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (OU ETIQUETTE)

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille : Sexe : M F

N° S.S. : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Date de naissance :

Mutuelle :

Profession : N° téléphone :

Adresse :

Mail :

DEMANDEUR

Nom et Prénom :

N° téléphone :

Mail :

Cachet et signature du demandeur

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(Partie à faire remplir par le médecin responsable du patient)

Critères d'inclusion :

- Patient âgé de 18 à 65 ans : Oui Non
- Lombalgie chronique invalidante : Oui Non
- Absence d'indication chirurgicale ou à 6 mois post opératoire minimum : Oui Non

Critères de non inclusion :

- Insuffisance cardiaque : Oui Non
- Insuffisance respiratoire : Oui Non
- IMC > 35 kg/m² : Oui Non
- Arthrose sévère rendant l'activité physique impossible : Oui Non
- Périmètre de marche inférieur à 1km : Oui Non

