

Parc Euromédecine  
1800, rue Saint Priest  
34097 MONTPELLIER Cedex 5  
Tél. : 04 67 61 79 79  
Fax : 04 67 61 78 56  
Mail : [ecoledudos@cl-fontfroide.fr](mailto:ecoledudos@cl-fontfroide.fr)

**REEMPLIR LE FORMULAIRE EN MAJUSCULE S.V.P**

*AVIS DE CONFIDENTIALITÉ : 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 conséquent, 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.*

**POUR POUVOIR ÊTRE PRIS(E) EN CHARGE PAR L'ÉCOLE DU DOS, VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT :**

- être âgé(e) de 18 à 65 ans
- présenter une lombalgie chronique invalidante
- ne présenter aucune indication chirurgicale (ou à 6 mois post-opératoire minimum)

**DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION ÉCOLE DU DOS****RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (OU ÉTIQUETTE)**

NOM : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Sexe M  F   
N° S.S : ..... Date de naissance : .....  
Mutuelle : .....  
Profession : ..... N° téléphone : .....  
Adresse : .....  
Mail : .....

**DEMANDEUR**

NOM : .....  
N° téléphone : .....  
Mail : .....

**Cachet et signature du demandeur**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

*Partie à faire remplir par le médecin responsable du patient*

**Critères de non inclusion :**

- Insuffisance cardiaque : Oui  Non
- Insuffisance respiratoire : Oui  Non
- IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> : Oui  Non
- Arthrose sévère rendant l'activité physique impossible : Oui  Non
- Périmètre de marche inférieur à 1 km : Oui  Non

