



CERTIFICAT MEDICAL

A remettre sous pli confidentiel
à l'attention de nos deux médecins :

- 1 - Docteur CANCEIL - Médecin Psychiatre de notre Ets
- 2 - Docteur FLORAND - Médecin Généraliste de notre Ets

O.H.T.

ESAT - FOYER D'HEBERGEMENT
27/31 RUE FELICIEN DAVID
75016 PARIS

TEL : 01 42 88 02 34
FAX : 01 45 25 64 70

✉ : info@ohf.asso.fr

POUR TOUTE DEMANDE D'ADMISSION EN ESAT, LE DOCTEUR CANCEIL, MEDECIN DE NOTRE ETABLISSEMENT DEMANDE A RENCONTRER LE MEDECIN ET L'EQUIPE ACCOMPAGNANT LE PROJET **PENDANT** LE MOIS DE STAGE, UN MERCREDI MATIN.

POUR TOUTE DEMANDE D'ADMISSION EN FOYER D'HEBERGEMENT, LE DOCTEUR CANCEIL, MEDECIN DE NOTRE ETABLISSEMENT DEMANDE A RENCONTRER L'EQUIPE ACCOMPAGNANT LE PROJET **AVANT** L'ADMISSION EN FOYER, UN MERCREDI MATIN.

MERCI DE BIEN VOULOIR PRENDRE EN COMPTE CES INFORMATIONS.

NOM : _____

PRENOM : _____ AGE _____

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES	PATHOLOGIES MEDICALES

Résumé de l'observation médicale



Traitement en cours :

Actuellement, PENSEZ-VOUS que cette personne présente les aptitudes physiques et psychologiques pour travailler en ESAT :

Nom et adresse du Médecin traitant

Fait àle.....

**Signature et cachet
du médecin traitant.**