

**INDICATIONS MEDICALES**  
**Strictement confidentiel**



La deuxième partie est à faire remplir par votre médecin et à retourner à :

**LIGUE GENEVOISE CONTRE LE RHUMATISME**

**Rue Merle d'Aubigné 22 - 1207 GENEVE - Tél. 022.718.35.55- Fax. 022.718.35.50**

---

NOM : ..... PRENOM : ..... NE(E) LE : .....

ADRESSE : .....

---

**INDICATION DU SUIVI HYDROTHERAPIE ET / OU OSTEOGYM :**

*(à remplir par le médecin)*

.....

---

*(à remplir par le médecin)*

Problème du système ostéo-articulaire :

.....

.....

Quelles sont les limitations que présente le patient du point de vue musculo-squelettique ?

.....

.....

Comorbidités importantes :

.....

.....

Le patient a-t-il besoin d'une aide extérieure pour se préparer à la piscine ?.....

---

**Le médecin soussigné atteste que la personne susmentionnée est apte à fréquenter la piscine (28°-34°)**

**Durée de validité du certificat : 12 mois**

**Date :**

**Timbre et signature :**

.....

.....