

À adresser par courrier :

Par mail : admission@saintmartinsport.fr

CEM2S Hôpitaux Sud Pavillon 7
270 Bd Sainte-Marguerite/20 avenue Viton
13009 Marseille

1. PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom d'usage :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Numéro de téléphone :

Numéro de sécurité sociale : Mail :

Sexe : Féminin : Masculin :

Adresse postale complète :

S'agit-il d'un accident de travail ? Oui : Date AT : Non :

Profession :

Sport pratiqué : Niveau :

Médecin traitant :

Nom du kinésithérapeute de ville :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents médicaux :

Traitement en cours :

Poids : Taille :

2. PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT OU CHIRURGIEN

- Si opération :

Le patient doit-il être opéré ? Oui : Non :

Date d'intervention :

Type d'intervention :

Nom du chirurgien :

- Si non opéré :

Motif d'hospitalisation :

.....

Date d'entrée souhaitée :

Appui : Total Partiel Interdit

Durée :

Durée immobilisation :

Limitation d'amplitude : Oui Non

Si oui, préciser :

Cachet de l'établissement/Médecin

3. ANNEXES

Merci de nous faire parvenir :

- Le compte rendu opératoire et/ou le compte rendu de la dernière consultation avec le chirurgien,
- Dans le cas de sportif licencié niveau régional et plus, la photocopie de la licence.