



CERTIFICAT MEDICAL

Remettre l'original au moment de l'inscription

Je soussigné

Docteur en médecine, certifie avoir personnellement

Examiné Mme – Melle – Mr (1)

et ne lui avoir décelé aucune pathologie qui soit de nature à compromettre l'accomplissement normal des stages prévus au cours de ses études ou à mettre en danger sa propre santé ou la sécurité des personnes qu'elle / il sera amené(e) à fréquenter sur les lieux de leur déroulement.

Date des vaccinations :

Polio :

RRO :

Diphtérie – Tétanos :

Hépatite A :

Hépatite B :

Date :

Signature :

Cachet

(1) biffer la mention inutile