

CERTIFICAT MEDICAL

Document **OBLIGATOIRE**
à remplir par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé

Je soussigné(e) Docteur.....

Médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé du (département).....

atteste que : Nom - Prénom

Date de naissance

- présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession et ne présente pas de contre-indication à la réalisation de stages hospitaliers ou extra-hospitaliers, auprès de personnes malades, âgées, handicapées ou auprès d'enfants

Ce document est remis à l'intéressé(e) en mains propres.

SIGNATURE ET CACHET

Fait à, le

Cadre réservé à l'IFSI

OBSERVATIONS :

--