CERTIFICAT MEDICAL

Document <u>OBLIGATOIRE</u>
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

<u>OBSERVATIONS</u> :