

CERTIFICAT MEDICAL

Remettre l'original au moment de l'inscription

Je soussigné.e Docteur en médecine, certifie
avoir personnellement Examiné Mme – M.
et ne lui avoir décelé aucune pathologie qui soit de nature à compromettre l'accomplissement
normal des stages prévus au cours de ses études d'infirmier.e 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 :

Cachet :

Signature :