

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné,

Médecin Généraliste Agréé, certifie après l'avoir examiné(e) que :

.....

Né(e) le

Demeurant

.....

Ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale à l'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aides-Soignants (barrer la mention inutile).

Les vaccins obligatoires sont à jour.

Certificat réalisé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

Le

A

Signature