

## CERTIFICAT MEDICAL

***A remettre au CPSI par l'étudiant lors de son 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*