

CERTIFICAT MÉDICAL

*Daté de moins d'un an à la date des tests d'exigences préalables
ou de moins d'un an à la date d'entrée en formation (si dispensé des TEP)*

Je soussigné(e),

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour,

né(e) le

à

et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication non décelable cliniquement à ce jour à la pratique et à l'encadrement de l'activité concernée par le diplôme : (Précisez le titre du diplôme préparé)

Observations éventuelles :

Ce certificat médical est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en main propre à l'intéressé(e).

À : le

Cachet du médecin

Signature du médecin