

CERTIFICAT D'APTITUDE MÉDICALE

Je soussigné docteur **Médecin agréé par l'ARS,**

Adresse

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame – Monsieur.....

Né (e) le

Domicilié (é) à

.....

Atteste qu'elle ou qu'il présente :

Les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession infirmière,

Fait le

Tampon avec numéro d'agrément

Signature

CERTIFICAT D'IMMUNISATION D'UN APPRENANT EN FORMATION EN SANTE

Je soussigné docteur Médecin,

Adresse

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame – Monsieur.....

Né (e) le

Domicilié (é) à

.....

Atteste qu'elle ou qu'il présente :

La vaccination à jour contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite,

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B,

La preuve d'immunisation contre la tuberculose.

Fait le

Tampon avec numéro d'agrément

Signature