

CERTIFICAT MEDICAL
A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE
(Liste des médecins agréés consultable

Sur le site de l'Agence Régionale de Santé de votre région)

Identité du Candidat

NOM D'USAGE :

Prénom.....

Date de naissance..... Lieu de naissance

Adresse postale du domicile principal.....

.....

.....

DECLARATION DU (DE LA) CANDIDAT(E)

Je déclare ne dissimuler aucun fait de maladie.

A le

Signature du (de la) candidat(e)

AVIS MEDICAL

Je soussigné, **Médecin Agréé**.....

Adresse.....

.....

Atteste que Mme, M.

Né(e) le à

- ne présent(e) pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e) *(en référence à l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmiers)*

Fait à, le

Signature et Cachet du Médecin