

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné

Médecin agréé - N° Agrément :

certifie avoir examiné le / 201

Nom

Nom de Jeune Fille

Prénoms

Né(e) le / / 19

Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus possède :

l'aptitude physique

l'aptitude psychologique

la protection vaccinale (conformément aux obligations des professions de santé :

voir textes officiels au verso) inhérente aux 3 maladies infectieuses ci-après :

Diphtérie Tétanos Poliomyélite

BCG

test tuberculinique réalisé

Hépatite B

sérologie réalisée

Lui permettant

- d'intégrer un Institut de Formation d'Aide-Soignant(e)
- de suivre les stages inhérents à la formation indiquée ci-dessus

Certificat établi le / / 201

Signature et cachet

Ce certificat médical est exigible au plus tard le premier jour de la rentrée afin de procéder à l'admission définitive à l'I.F.A.S.

