

CERTIFICAT MÉDICAL D'ENTRÉE À L'IFSI

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ*

Je soussigné(e), Docteur : _____

Médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour :

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____

J'atteste que cette personne ne présente pas de contre-indication physique et psychologie à l'exercice de la profession d'infirmier.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / _____

TAMPON ET SIGNATURE