

Certificat Médical

Je soussigné(e)

M..... **Médecin agréé**

Certifie que M/MMEétudiant(e) en

1^{ère} année,

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de Masseur-kinésithérapeute.

et atteste que les vaccins obligatoires sont à jour pour l'année universitaire :
2024/2025

- Hépatite B A jour **Date du dernier vaccin** : / /
 Pas à jour
 - Immunité contre l'hépatite B acquise : OUI / NON (*barrer la mention inutile*).
 - Autre cas : patient non répondeur au schéma vaccinal contre l'hépatite B : OUI / NON (*barrer la mention inutile*).
- Diphtérie : A jour Pas à jour **Date du prochain rappel** : / /
- Tétanos : A jour Pas à jour **Date du prochain rappel** : / /
- Poliomyélite : A jour Pas à jour **Date du prochain rappel** : / /

CACHET



A.....le,.....

Signature :