Certificat Médical

Je soussigné(e)
M……..…….**Médecin agréé**

Certifie que M/MME ……..étudiant(e) en

1ère 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 : **2023/2024**

- Hépatite B A jour ☐ Date du dernier vaccin : …. / …. / ….
  Pas à jour ☐
- Sérologie hépatite B après vaccin réalisée : OUI / NON
  (barrer la mention inutile).
  - Positif / Négatif *(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 :