

# Certificat Médical

Je soussigné(e)

M.....**Médecin**

Certifie que M .....étudiant(e) en

2<sup>ème</sup> – 3<sup>ème</sup> -4<sup>ème</sup> (barrer mentions inutiles),

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 :