

Certificat Médical

Je soussigné(e) M	Médecin
Certifie que M	étudiant(e) en
$2^{\grave{e}^{me}}$ – $3^{\grave{e}^{me}}$ -4 $^{\grave{e}^{me}}$ (barrer mentions in	ıtiles),
ne présente pas de contre-indication de la profession de Masseur-kinésithé	physique et psychologique à l'exercice rapeute.
et atteste que les vaccins obligatoires 2023/2024	s sont à jour pour l'année universitaire
- Hépatite B A jour □ Date	du dernier vaccin: / /
Pas à jour □ - Sérologie hépatite B après vaccir (barrer la mention inutile).	n réalisée : OUI / NON
- Positif / Négatif (barrer la mentio	on 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	Ale,
	Signature :