



# Certificat Médical

Je soussigné(e)

M..... **Médecin agréé**

Certifie que M/MME .....étudiant(e) en

2ème 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 :  
**2026/2027**

- 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 :