

Direction des instituts :

Laurence BLANCO

Coordination pédagogique :

Mylène NEYRET

Secrétariat :

Emma BORDES-BOURGES

05.55.92.79.55

Fanny MAGNAUDET

05.55.92.79.18

Je soussigné(e) Docteur (Nom-Prénom)

Médecin à (Ville).....

Déclare avoir examiné(e) ce jour (Nom-prénom):

Entrant en institut de formation des professionnels de santé :

Conformément aux articles 10 et 13 du décret n°88-386 du 19 avril 1988, je constate que l'intéressé(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité, ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

J'engage ma responsabilité et déclare que l'intéressée(e) :

- ☐ N'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique avec l'exercice de la profession aide-soignante ou infirmière *
- ☐ Ne remplit pas les conditions d'aptitudes physiques ou psychologiques

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

Fait et délivré à la demande des instituts de formation des professionnels de santé du CH de Brive, pour valoir ce que de droit,

à

Le

Signature et cachet obligatoire

★Rayer la mention inutile

Certificat médical en vue de l'entrée en IFSI-IFAS
Ce document officiel sera classé au dossier administratif de l'apprenant