

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur : \_\_\_\_\_ , médecin agréé,

atteste que Madame – Monsieur : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

est apte à suivre l'enseignement et ne présente aucune contre-indication physique et  
psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e).

**Cachet du médecin agréé :**

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Nom du médecin agréé :

\_\_\_\_\_

Signature :

Ce certificat médical, établi par un médecin agréé, est à joindre à votre dossier d'inscription.  
Il doit être remis à l'Institut au plus tard le jour de la rentrée.  
A défaut, l'inscription ne sera pas possible.