

A remettre au secrétariat de l'IFP

Je soussigné(e) Docteur :

atteste que M. - Mme :

né(e) le :

est apte à suivre l'enseignement et ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à suivre la formation et à l'exercice de la profession de puéricultrice.

Cachet du médecin :

Fait à

Le

Nom du médecin :

.....

Signature :