CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur : .....

atteste que M. - Mlle - Mme : .....

né(e) le : .....

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

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 4 septembre 2023**.
A défaut, l'inscription ne sera pas possible.