



**CERTIFICAT MEDICAL IFP**  
Promotion 2024/2025

T1N12-3-2

**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.

**Signature et Cachet du médecin :**

Fait à .....

Le .....

Nom du médecin :

.....