

## 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 2 septembre 2024.**  
A défaut, l'inscription ne sera pas possible.