



Promotion 2024-2025

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur : \_\_\_\_\_

atteste que Mme - Mr : \_\_\_\_\_

né(e) le : \_\_\_\_\_

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

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.