

**CERTIFICAT MÉDICAL**

*Daté de moins d'un an à la date des tests d'exigences préalables  
ou de moins d'un an à la date d'entrée en formation (si dispensé des TEP)*

Je soussigné(e) .....,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour, .....

né(e) le .....

à .....

**et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication décelable cliniquement à ce jour à la pratique et à l'encadrement de l'activité concernée par le diplôme : (Précisez le titre du diplôme préparé) .....**

Observations éventuelles : .....

Ce certificat médical est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en main propre à l'intéressé(e).

À : ..... le .....

Cachet du médecin

Signature du médecin