**CERTIFICAT MEDICAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et Prénom** |  |
| **Date de Naissance** |  |
| **Adresse** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Maladie ou affection | Observations |
| Tuberculose |  |
| Affection cardiaque |  |
| Troubles gastro-intestinaux |  |
| Affections génito-urinaires ou rénales |  |
| Incapacités d’origine mentale ou nerveuse |  |
| Anémie |  |
| Diabète |  |
| Allergies  |  |
| Autre (Préciser laquelle) |  |

L’intéressé suit-il un traitement

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |

Si oui préciser lequel : …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….

**CONCLUSIONS DE L’EXAMEN MEDICAL :**

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………... |

L’intéressé est-il vacciné contre le TETANOS

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |

Sinon prière d’administrer le vaccin lors de l’établissement de ce certificat

**CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN**

**Date de l’examen :**

**NB :**

* Les candidats seront appelés à effectuer des stages éprouvants dans des zones d’accès parfois difficiles. Ces informations seront primordiales pour leur sécurité lors des affectations
* Ces informations n’influent en aucun cas sur l’inscription finale des candidats.
* Joindre le Dossier médical délivré depuis le collège par le Ministère de l’Education Nationale