

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



N° _____
Rabat, le

رقم _____
الرباط، في

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

