



CERTIFICAT MÉDICAL

Modèle général - À compléter

Je soussigné(e), Dr : _____ N° RPPS : _____

Spécialité : _____ Établissement/Cabinet : _____

CERTIFIE :

Avoir examiné médicalement : _____

Nom complet : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Pièce d'identité : _____ Nationalité : _____

CONSTANTES VITALES

T.A. : _____ F.C. : _____ F.R. : _____ Temp. : _____

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____ kg/m²

CONSTATATIONS CLINIQUES / ÉTAT DE SANTÉ :

DIAGNOSTIC / OBSERVATIONS :

Le présent certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit, à : _____

le _____. _____.

Signature et cachet du médecin

Dr : _____

N° RPPS : _____