

# CERTIFICAT MÉDICAL DE BONNE SANTÉ

État général de santé · Certificat médical

Dr : \_\_\_\_\_ N° RPPS : \_\_\_\_\_

Cabinet / Établissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

## CERTIFIE L'ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ DE

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Pièce d'identité : \_\_\_\_\_ Objet du certificat : \_\_\_\_\_

### EXAMEN MÉDICAL :

#### État général :

- ☐ Bon état général / examen sans anomalie notable
- ☐ Aucun signe clinique de maladie transmissible
- ☐ Aucune limitation fonctionnelle évidente

### CONSTAT MÉDICAL :

À la date de l'examen, la personne examinée présente un bon état général de santé.

### OBSERVATIONS / INDICATIONS MÉDICALES :

Le présent certificat est établi à : \_\_\_\_\_

Dr : \_\_\_\_\_ N° RPPS : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature et cachet du médecin