

### Annexe 3

## INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE DE L'E.P.S VILLE-EVRARD

\*\*\*\*\*

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné le :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

☐Monsieur, ☐Madame : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

CP : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Ville : \_\_\_\_\_

**et atteste que la personne est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 10  
du code de la santé publique.**

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**