



PHOTO

DOSSIER MEDICAL

Concernant (1) :

Né(e) le :

Inscrit en : Année universitaire :

I – CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ATTESTANT QUE L'ETUDIANT EST INDEMNÉ DE TOUTE AFFECTION CONTAGIEUSE.

Je soussigné, Docteur Ville :

Tél : atteste avoir examiné la personne sus nommée est certifiée.

1. Qu'elle présente ou qu'elle ne présente pas (2) de signe de maladie tuberculose.
2. Qu'elle est ou qu'elle n'est pas (2) atteinte d'affection dermatologie contagieuse.
3. Autre cas à signaler par le Médecin.

.....
.....

4. Que son acuité visuelle est : O.C C.D

FAIT A LE,

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

II – EXAMEN PARASITOLOGIE DES SELLES

Résultat de l'examen concernant l'étudiant sus nommé

.....
.....
.....

FAIT A LE,

CACHET ET SIGNATURE DU RESPONSABLE DU LABORATOIRE

III- RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

Le cliché pulmonaire doit être présenté avec le dossier médical.

(1) Nom & Prénom

(2) Biffer la mention inutile