

FORMULAIRE DE VISITE MÉDICALE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance :

Adresse :

Date : __ / __ / 20__

Signature du stagiaire

ATTESTATION MEDICALE

Je déclare avoir pris connaissance des directives concernant les aptitudes à la formation professionnelle.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que, le stagiaire dont la référence ci-dessus :

Est apte

Est inapte

Remarque(s) :
.....
.....
.....

NB : pièce jointe : cliché pulmonaire,

CACHET

Date : __ / __ / 20__

Signature du Médecin