

# FORMULAIRE DE VISITE MÉDICALE



**IFMIA CASABLANCA**

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,

Date : \_\_ / \_\_ / 20\_\_

**CACHET**

**Signature du Médecin**