

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

IFMK 1^{ère} ANNÉE

Ce certificat est à faire **REmplir et Signer Impérativement** par un Médecin **agrée**
par la Délégation Territoriale de l'A.R.S. (Agence Régionale de Santé)

Liste des médecins agréés de Nouvelle Aquitaine :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

Si vous habitez un autre département vous pouvez vous adresser à l'ARS de votre région pour avoir la liste des médecins agréés de celle-ci.

Je soussigné(e) Docteur (nom - prénom) :

agrée(e) sur le département de :

certifie que :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession de Masseur-Kinésithérapeute

Fait le à

Signature et Cachet du médecin

