

CERTIFICAT MÉDICAL

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

liste des médecins agréés de Nouvelle Aquitaine :

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

Si vous ne résidez pas en Nouvelle-Aquitaine, tapez « liste des médecins agréés + n° de votre dpt »

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

