

Direction des Equipes Médicales

DOCUMENT à ADRESSER

A la Direction des Equipes Médicales
CENTRE HOSPITALIER DU MANS
194 Avenue Rubillard
72037 LE MANS CEDEX
02 43 43 43 43 – poste 33 810

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN HOSPITALIER

*Article R6153-7 du Code de la Santé Publique
Article R6152-509 du Code de la Santé Publique*

Je soussigné, Docteur

Qualité du signataire : Praticien Hospitalier
 Praticien Contractuel
 Assistant des Hôpitaux
 Praticien Attaché

Hôpital :

Certifie que Madame - Monsieur (1)

Nom patronymique

Nom d'épouse

Prénom

Né(e) le lieu

- Remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières (1)

- Remplit les conditions d'immunisation contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et le B.C.G. (1)

- Est immunisé(e) contre la fièvre typhoïde (uniquement pour les internes en pharmacie ou les internes amenés à exercer une activité dans un laboratoire).(1)

Fait à _____ le

Cachet du service

Signature du médecin

(1) Rayer les mentions inutiles