

IFSI – CERTIFICAT MEDICAL

Etudiants 1ère Année

Version du 14.01.2026

Certificat à faire remplir par un médecin conformément à l'article 91 de l'arrêté
du 21 avril 2007 et de l'arrêté du 2 août 2013.

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour :

Mr, Mme ou Mlle (*).....

Né(e) le.....

Domicilié(e) à.....

.....

.....

.....

Et atteste qu'il / elle remplit les conditions de vaccinations obligatoires à l'exercice de la profession infirmière.

Date du certificat

Signature et cachet du Médecin

(*) Rayer la mention inutile