

Certification de non contre-indication à la réalisation de stage de formation professionnelle

Je soussigné(e),

Docteur.....

certifie avoir examiné M. Mme Melle.....

Né(e) le.....

A

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la réalisation d'un stage de formation professionnelle

Observations ou Réserves éventuelles :

Contre indication à la conduite d'engins motorisés	oui	non
Contre indication à la station debout :	oui	non
Contre indication à porter du poids :	oui	non
Contre indication aux activités sportives (course)	oui	non
Autre contre indication :		

.....

.....

Fait à....., le

Signature,

cachet