

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE À L'ENTRÉE EN FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

*À faire compléter par **un médecin agréé par l'ARS***

Pour la région Bourgogne-Franche-Comté, la liste des Médecins agréés par l'ARS est disponible à l'adresse :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-4>

Nom et prénom du praticien	
Nom et prénom du candidat	
Date de naissance	

Certification médicale

Je soussigné(e), médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé, certifie avoir examiné le candidat désigné ci-dessus.

- ☐ Le candidat ne présente pas de contre-indication médicale connue à l'entrée en formation en masso-kinésithérapie et à l'exercice futur de la profession.
- ☐ Le candidat satisfait aux obligations vaccinales applicables aux étudiants des formations conduisant à une profession de santé.
- ☐ La situation vaccinale et immunitaire vis-à-vis de l'hépatite B a été vérifiée conformément à la réglementation en vigueur.

Observations éventuelles :

Fait à :	Le :
Signature du praticien	Cachet du praticien