

LE CERTIFICAT MEDICAL CI-DESSOUS DOIT IMPERATIVEMENT ETRE
COMPLETE ET REMIS
A LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES
OBLIGATOIREMENT AVANT LA PRISE DE FONCTIONS

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN DES HOPITAUX

(application de l'article R 6153-7 du décret n°2010-1187 du 8 octobre 2010 – art. 8)

Je soussigné, Docteur :

Centre Hospitalier de :

Certifie que M/Mme

Né(e) le :/...../.....

remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions Hospitalières

Fait à :

le :/...../.....

Cacher du service

Signature du Médecin

Qualité du signataire

Praticien hospitalier

Praticien attaché

Assistant généraliste

Assistant spécialiste