

## CERTIFICAT MEDICAL

Date :

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie :

- que l'état de santé actuel de \* Monsieur, Madame, Mademoiselle

.....

ne présente pas de statut de maladie infectieuse ou contagieuse évolutive.

- qu'il/elle est à jour des vaccinations obligatoires pour effectuer un stage \*\* de

.....

au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Nice.

Les contre-indications ayant donné lieu à dérogation sont à signaler au CHU.

Tampon du Médecin + signature

- \* Rayer la mention inutile
- \*\* Préciser la durée du stage et la catégorie professionnelle d'appartenance de l'étudiant (Infirmier, Aide-soignant, Psychologue, Secrétaire, Sage-Femme, IADE, IBODE, Auxiliaire Puéricultrice, etc...)