

## **CERTIFICAT MEDICAL D’APTITUDE A LA FONCTION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE**

A remplir par un médecin

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : Monsieur - Madame - (rayer les mentions inutiles)

NOM DE FAMILLE :

NOM D’USAGE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

J’ATTESTE :

Que le (la) candidat(e) ne présente pas de contre-indications à la profession de masseur-kinésithérapeute (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d’un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d’un membre...)

*Cachet du praticien*

*Signature du praticien*

*Date*