

Document à adresser à la Direction des Équipes médicales
Centre Hospitalier du Mans
194 Avenue Rubillard, 72037 Le Mans Cedex
02 43 43 43 43 – poste 33 810

Certificat médical établi par un médecin hospitalier

Article R6153-7 du Code de la Santé Publique
Article R6152-509 du Code de la Santé Publique

Je soussigné, Docteur

- Qualité du signataire : Praticien Hospitalier
- Praticien Contractuel
- Assistant des Hôpitaux
- Praticien Attaché

Hôpital :

Certifie que Madame - Monsieur (1)

Nom patronymique

Nom d'épouse

Prénom

Né(e) le Lieu

- Remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières (1)
- Remplit les conditions d'immunisation contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et le B.C.G. (1)
- Est immunisé(e) contre la fièvre typhoïde (uniquement pour les internes en pharmacie ou les internes amenés à exercer une activité dans un laboratoire).(1)

Fait à _____ le _____

Cachet du service
(1) Rayer les mentions inutiles

Signature du médecin