

Département des Sciences de la motricité

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, atteste, après l'avoir interrogé(e) et examiné(e) personnellement
que Melle, Mme, Mr

- Possède les **aptitudes physiques et mentales** pour suivre les activités d'enseignement y compris (quand elles sont programmées) les activités physiques et sportives (dont la natation) prévues au programme de la HEPH Condorcet pour le cursus suivant :
 - Bachelier en ergothérapie
 - Master en kinésithérapie
 - Bachelier en podologie
 - Bachelier en psychomotricité

- Est en **ordre de vaccination obligatoire** pour ces études.

DATES DE VACCINATIONS à compléter

1. **Tétanos – (Diphtérie – Coqueluche)** rappel fait le :

CACHET

Date :

Signature :

Ce document doit être joint par l'étudiant à son dossier. L'étudiant doit garder un exemplaire de ce document pour se rendre à la médecine du travail et à la médecine scolaire.