

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné.e Docteur _____

certifie avoir examiné Mme, M. _____

né.e le : ___/___/___

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant l'exercice du métier de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale.

Observations : _____

A _____

Le/...../.....

Cachet et signature