

LE CERTIFICAT MEDICAL CI-DESSOUS DOIT IMPERATIVEMENT ETRE
COMPLETE ET REMIS
A LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES
OBLIGATOIREMENT AVANT LA PRISE DE FONCTIONS

CERTIFICAT MEDICAL ETABLIT PAR UN MEDECIN DES HOPITAUX

(application de l'article R 6153-7 du décret n°2000-840 du 20 juillet 2005 modifié fixant le statut des internes)

Je soussigné, Docteur :

Centre Hospitalier de :

Certifie que M.....

Né(e) le :

- remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières
- remplit les conditions d'immunisation contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (article L 6111-4 du code de la santé publique)
- est immunisé(e) contre la fièvre typhoïde (uniquement s'il (elle) exerce des activités dans un laboratoire d'analyse de biologie médicale)
- il est rappelé que vous devez être immunisé(e) contre la tuberculose.

Fait à :

le :

Cacher du service

Signature du Médecin

Qualité du signataire*
Praticien hospitalier, Praticien
attaché, Assistant généraliste

* préciser la qualité