

3<sup>ème</sup> année d'études  
en institut de formation en soins infirmiers

Certificat à établir par un médecin

Il sera remis à la rentrée de septembre au/à la responsable des stages  
de l'IFSI Valentine Labbé

Je soussigné(e), docteur \_\_\_\_\_

Exerçant à \_\_\_\_\_

Certifie que M. / Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A bénéficié d'une visite médicale, avec vérification de la conformité du carnet de vaccination,  
et ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la  
profession

à la date du \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin généraliste