



ANNÉE SCOLAIRE
2020/2021

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PROFESSION DE PEDICURE-PODOLOGUE

Je soussigné, Docteur en Médecine :

Atteste que l'étudiant ci-après :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychopathologique incompatible avec l'exercice de la profession de Pédicure-Podologue.

Fait à

Le

CACHET (obligatoire)

Signature (obligatoire)