

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DE LA
PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

Je soussigné(e), Dr

certifie avoir examiné, ce jour,

M / Mme

né(e) le.....à.....

Certifie qu'il / elle n'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession de masseur-Kinésithérapeute.

Certifie qu'il / elle est en capacité de mener à bien l'intégralité des fonctions de Masso-Kinésithérapeute en travaux dirigés, en évaluation et en stage et ce, sans aucune restriction (aucune précaution à prendre, aucune restriction sur les charges lourdes etc...).

Certificat établi le, à.....

Tampon et signature du médecin

Modifié le 02/07/2024

