

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : ..... Né le : ..... à : .....  
Adresse : ..... Tel. ....  
Inscrit en ..... Année universitaire.....

**I-CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE**

Je soussigné, Docteur.....atteste avoir examiné la personne susnommée et certifie après examens médicaux:

Etat Physique : Taille.....Poids.....

Acuité Visuelle : O D.....O G.....

Appareil Cardio-vasculaire : T A.....Pouls.....

1. est atteinte d'affection contagieuse. (1)
2. n'est pas atteinte d'affection contagieuse. (1)

Fait A : .....Le : .....

**CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN**

(1) biffer la mention inutile

**II-EXAMEN PARASITOLOGIE DES SELLES**

Résultat de l'examen concernant l'étudiant susnommé :

Fait au laboratoire.....le : .....

**III-RADIOLOGIE PULMONAIRE**

Fait au centre de radiologie.....le : .....

(+Le cliché pulmonaire et le résultat d'analyse doivent être présentés avec le dossier médical)