

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)