

Certificat médical LTP

Document à joindre à votre dossier de candidature

Je soussigné(e) , Docteur en médecine,

certifie avoir examiné :

NOM / Prénom

Né(e) le

Et certifie qu'il/elle a satisfait aux obligations légales en matière de vaccinations, est apte à la vie en collectivité et ne présente pas de signe de maladie contagieuse, à la date de ce jour, lui permettant d'effectuer la formation suivante :

BPJEPS Loisirs Tous Publics (LTP)

Observations

.....

.....

Fait à

le

Cachet et signature du médecin