

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Etabli conformément à la délibération modifiée n°81 du 24 juillet 1990 portant droits et obligations des fonctionnaires territoriaux, article 4 : « *Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire : (...) 5°) s'il ne remplit les conditions d'aptitude physiques exigées pour l'exercice de la fonction* ».

Je soussigné, , docteur en médecine, certifie :

➤ avoir procédé à l'examen clinique de :

NOM / PRENOM :

né(e) le

➤ que l'intéressé(e) est à jour de ses vaccinations **(uniquement pour personnels santé)**

➤ que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à l'exercice des fonctions de
(indiquer le corps statutaire) :

Je déclare être ne pas être le médecin traitant habituel de l'intéressé(e).

DATE, SIGNATURE ET CACHET

A, le