

DOSSIER MEDICAL

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

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ATTESTANT QUE L' ETUDIANT EST INDEMNÉ DE TOUTE AFFECTION CONTAGIEUSE

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.....

Affections congénitales et maladies chroniques.....

Neuro Psychisme.....

Autre cas à signaler par le Médecin.....

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

Fait A :Le :

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

I- RESULTAT DE L'EXAMEN PARASITOLOGIE DES SELLES :

Fait au laboratoire.....le :

II- RESULTAT DE LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE :

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

(Le conte rendu du cliché pulmonaire et les résultats d'analyses doivent être présentés avec le dossier
médical)

III- ANTECEDENTS D'ALERGIE AUX ALIMENTS ET MEDICAMENTS

.....