Formation organisée
avec le soutien de la
Région Normandie

**Institut de Formation en Soins Infirmiers**

# CERTIFICAT Du MEDECIN AGREE

Je soussigné, Docteur……..

Médecin agréé par l'ARS du département……

Exerçant à ……....

Certifie que Melle, Mme, M. : ……...

Né(e) le : ……

Demeurant à ……

……..

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier.

Date : Cachet et Signature du Médecin

**Espace Régional de Formation des Professions de Santé**
tél. : 02 32 88 85 85 – www.chu-rouen.fr
**Médecine Préventive de l'ERFPS**
14, rue du Professeur Stewart - 76042 Rouen Cedex 1 - Tél. : 02 32 88 05 18 Franck.Goubert@chu-rouen.fr
Document réalisé et modifié par M. Franck GOUBERT, Infirmier de Santé au Travail de l'ERFPS le 25.06.2019.