

CONCOURS D'ENTRÉE À L'I.F.C.S. DU G.C.S.P.A. - 2027

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) certifie avoir examiné ce jour :

M., Mme ¹

Né(e) le

Domicilié(e) à

.....

.....

et atteste qu'il (elle) est à jour des vaccinations obligatoires (Hépatite B –Diphtérie– Tétanos–
Poliomyélite).

Fait à, le

CACHET DU MÉDECIN,

SIGNATURE DU MÉDECIN,

¹ Rayer les mentions inutiles.