

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

Je soussigné, Docteur :

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

.....

Né (e) le : à :

.....

Domicilié à : postulant l'emploi :

.....

Son état physique est conforme aux indications suivantes :

.....

✓ Taille :

.....

Activité visuelle :

✓ Œil droit :

✓ Œil gauche :

En outre, je surnommé est physiquement bien constitué indemne de toute infection tuberculeuse, mental, cancéreuse ou poliomyélitique dans les cas contraires mentionner les anomalies constatés.

En conséquence des consultations ci-dessus.

a) Le postulant est apte aux fonctions sollicitées.

b) Le postulant est inapte aux fonctions sollicitées.

(à cocher l'une des deux indications d'événements le cas)