



Formation organisée
avec le soutien
de la Région
Haute-Normandie



INSTITUT de FORMATION des CADRES de SANTE

CERTIFICAT Du MEDECIN AGREE

Je soussigné, Docteur.....

Médecin agréé par la préfecture du département.....

Exerçant à

Certifie que Melle, Mme, M. :

Né(e) le :

Demeurant à

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique au suivi de la formation de
cadre de santé.

Date :

Cachet et Signature du Médecin