

CERTIFICAT MEDICAL
MEDECIN AGREE

**Je soussigné(e) Docteur certifie avoir
examiné ce jour :**

M

**inscrit(e) à du C.H.U de Toulouse et atteste
qu'il/elle ne présente pas de contre indication physique et psychologique à l'exercice
de la profession de**

Fait à

Le

Signature :

Cachet du Médecin