

2<sup>ème</sup> année ou 3<sup>ème</sup> année d'études  
en institut de formation en soins infirmiers

Certificat à établir par un médecin

Il sera remis à la rentrée de septembre au/à la responsable des stages  
de l'IFSI Valentine Labbé

Je soussigné(e), docteur

---

Exerçant à

---

Certifie que M. / Mme

---

Né(e) le \_\_\_\_\_

Demeurant à

---

---

---

A bénéficié d'une visite médicale, avec vérification de la conformité du carnet de  
vaccination. à la date du \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin généraliste

