



## Direction des Affaires Médicales et de la Recherche

### DOCUMENT à ADRESSER

A la Direction des Affaires Médicales  
CENTRE HOSPITALIER DU MANS  
194 Avenue Rubillard  
72037 LE MANS CEDEX  
02 43 43 43 43 – poste 33 810

## CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN HOSPITALIER

Article R6153-7 du Code de la Santé Publique  
Article R6152-509 du Code de la Santé Publique

Je soussigné, Docteur .. ..

Qualité du signataire :    Praticien Hospitalier              
                                  Praticien Contractuel              
                                  Assistant des Hôpitaux             
                                  Praticien Attaché                

Hôpital : .. ..

Certifie que                    Madame - Monsieur (1)

Nom patronymique .. ..

Nom d'épouse .. ..

Prénom .. ..

Né(e) le .. .. lieu .. ..

- Remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières (1)
- Remplit les conditions d'immunisation contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et le B.C.G. (1)
- Est immunisé(e) contre la fièvre typhoïde (uniquement pour les internes en pharmacie ou les internes amenés à exercer une activité dans un laboratoire).(1)

Fait à \_\_\_\_\_ le

\_\_\_\_\_  
Cachet du service

Signature du médecin

(1) Rayer les mentions inutiles