

CERTIFICAT MÉDICAL

Nom de l'étudiant(e) : _____
(Nom et prénom en lettres moulées)

Code permanent / matricule _____

Par la présente, j'atteste avoir procédé à l'examen médical de la personne mentionnée ci-haut.

Je considère que son bon état de santé la rend apte aux études en orthophonie ou en audiologie et à effectuer des stages en milieu clinique.

J'attire l'attention sur les particularités suivantes dont devraient tenir compte les autorités de l'École d'orthophonie et d'audiologie afin d'aider cette personne au cours de ses études et de ses stages cliniques.

Aucune anomalie

Anomalie(s) à signaler :

L'étudiant(e) a complété le programme de mise à jour de la primovaccination.

OUI

NON

Explications supplémentaires :

Nom du médecin en lettres moulées

Numéro de pratique

Signature du médecin

Date