



ATTESTATION MÉDICALE TYPE

(sera signée par un médecin de famille accrédité, ayant le grade de docteur -
médecin)

(SERA SOUMISE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION)

LE PATIENT:

(Veuillez fournir ces données exactement comme elles figurent dans votre passeport et/ ou carte
d'identité)

Prénoms:

.....

Nom de famille:

.....

Adresse de domicile:

.....

Date (jj/mm/aaaa) et lieu de naissance:

.....

Je soussigné/ e

.....

(adresse:

.....

après l'examen du patient, je certifie qu'il ne souffre pas de maladies infectieuses et qu'il ne
présente aucune maladie ou infirmité physique ou mentale qui attirerait, à ce stade, sa non-
éligibilité actuelle ou future à s'inscrire en tant qu'étudiant à la Faculté de Médecine / Médecine
dentaire / Pharmacie.

Affections chroniques pour lesquelles le patient est traité:.....

Observations / Recommandations spéciales/ Besoins spéciaux:.....

LIEU ET DATE:

SIGNATURE ET PARAPHE DU
MÉDECIN

Déclaration du patient/ candidat : Je déclare que, selon les renseignements actuellement détenus, toutes les affirmations ci-dessus sont réelles et exactes. Je comprends parfaitement que je suis responsable de l'exactitude de toutes les déclarations données.

LIEU ET DATE:

.....
SIGNATURE DU PATIENT