

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur.....  
 médecin (spécialité).....  
 domicilié(e) .....  
 certifie avoir examiné (nom et prénom).....  
 né(e) le ..... à .....  
 domicilié(e) à .....

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la participation à des missions de secours en situation d'exception.

En outre, je déclare: que les vaccinations suivantes ont été effectuées:

- Diphtérie Tétanos Poliomyélite, dernier rappel effectué le:.....
- BCG, effectué le:.....
- Intradermo-réaction le:.....
- Fièvre jaune, dernier rappel effectué le:.....
- Hépatite B, dernier rappel le (ou dosage d'anticorps anti-HBS):.....
- Hépatite A, dernier rappel le:.....

(joindre certificat international)

qu'il (elle) ne présente pas les contre-indications suivantes:

Sujétions particulières susceptibles d'être rencontrées lors de certaines missions	Inaptitude	Aptitude partielle	Aptitude
Manutention manuelle de charges			
Station debout prolongée			
Travail de nuit, travail en équipes successives alternantes			
Trajet en avion			
Températures élevées			
Contraintes psycho sociales liées à l'environnement de crise sanitaire (nombreuses victimes, personnes choquées, interruptions fréquentes, etc)			
Prise de traitement anti-paludéen			

Fait à ..... le .....  
 Signature et cachet du médecin.....