

CERTIFICAT MÉDICAL



Je soussigné(e), Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour :

Mme, Mlle, M. :

Né(e) le : à :

Et atteste qu'il (elle) :

- Ne présente aucun signe de maladie contagieuse, mentale ou métabolique cliniquement décelable ;
- Est apte physiquement et mentalement à exercer la profession à laquelle il postule ;
- A reçu les vaccins recommandés par le programme national d'immunisation préconisé par le Ministère de la Santé ;
- Ne présente aucune allergie aux vaccins (si oui, veuillez détailler ci-dessous) :

.....
.....
.....

Taille :

Poids :

Acuité visuelle :

OD :/10

OG :/10

Fait à : Le :

.....
Cachet et signature du médecin

PHOTO

التاريخ :

الموسم التكويني :

تعريف المتدرب

الاسم والتسب :	Nom :
مزداد ب :	A :
بتاريخ :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
العنوان :	اسم ولي الأمر :
الهاتف :	مهنته :
البريد الإلكتروني :	هاتف ولي الأمر :

المسار الدراسي

المستوى الدراسي :	الشعبة :
المؤسسة :	دبلوم آخر :
التخصص :	السنة :
الشعبة المختارة :	المستوى :

طريقة أداء واجبات التكوين

واجبات التكوين الإجمالية السنوية بالحروف :

طريقة الأداء :

- ☐ الاختيار الأول : مبلغ جزافي بداية كل موسم تكويني قدره : درهم
☐ الاختيار الثاني : أداء أقساط شهرية على الشكل : درهم عند التسجيل، و درهم لكل شهر
 ملاحظة : لا يمكن استرجاع المبالغ المؤداة بصفة نهائية.

تصريح بالشرف

نحن الموقعين أسفله، المتدرب وولي أمره السيد(ة) :، نصرح أننا اطلعنا على جميع المعلومات المتعلقة بالتكوين داخل المؤسسة بما في ذلك آخر التحصيل، آخر قرار الاعتماد، وأن النظام الداخلي للمؤسسة والقانون الداخلي للتدرب وطريقة الأداء والالتزامات المالية واضحة بالنسبة لنا. ونلتزم باحترامها والعمل بها طيلة مدة التكوين.

توقيع المتدرب مصادق عليه :	توقيع ولي الأمر مصادق عليه :
----------------------------	------------------------------

خاص بإدارة المؤسسة

رقم التسجيل :	تاريخ :
تاريخ بداية التكوين :	إعادة التأهيل :
	ملاحظة :

توقيع المدير

توقيع الكتابة العامة