

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

(Partie à conserver par le médecin)

Nom : Prénom :
Né le : à :
Antécédents :
Poids : Taille :
Périmètre Thoracique :
Acuité Visuelle V OD : V OG :
Sens Chromatique :
Acuité Auditive OD : OG : (Voix Haute)
OD : OG : (Voix Chuchotée)
Appareil respiratoire :
Contrôle radioscopique :
Appareil circulatoire et tension artérielle :
Système nerveux :
Appareil génito-urinaire :
Appareil locomoteur :
Maladies contagieuses :
Autres appareils :
.....
.....

Résultat de l'examen médical (1) :

Apte Inapte temporaire inapte définitif

Date du prochain examen (2) :

Autres observations :

.....
.....

(Date et signature)

(1) Barrer la mention inutile.

(2) En cas d'insaptitude temporaire.