

MINISTERE  
DE LA SANTE PUBLIQUE

CERTIFICAT MEDICAL D'HEBERGEMENT

Je soussigné, Docteur : .....  
exerçant à : .....  
certifie avoir examiné, ce jour : .....  
l'étudiant (e) : .....  
né (e) le : ..... à : .....  
Etablissement universitaire : .....  
Année Universitaire : .....

Son état de santé ne présente aucune affection contagieuse ou mentale  
contre-indiquant la vie en communauté.

Ce certificat lui a été délivré en mains propres pour servir et valoir  
ce que de droit auprès de l'Administration de la Cité Universitaire.

Signature.