

## **CERTIFICAT MEDICAL**

**Référence JR :**

Je soussigné(e), docteur en médecine \_\_\_\_\_

Certifie que \_\_\_\_\_

- est apte à vivre en communauté
- ne présente pas d'allergie existante ou susceptible d'exister,
- ne présente pas de maladies à risque,
- ne suit pas de traitement médicamenteux lourds,
- suit un traitement médicamenteux lourd, ci-dessous la liste des médicaments :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- est à jour de ses vaccinations,  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fait à** \_\_\_\_\_

**Le** \_\_\_\_\_

**signature**\_\_\_\_\_

**Ce formulaire ou similaire doit être imprimé, complété par votre médecin et envoyé à  
Jeunesse et Reconstruction  
10 rue de Trévisse  
75009 Paris avec votre dossier**