

ATTESTATION DE SUIVI MÉDICAL

Nom et Prénom : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Suivi Médical :

Le présent certificat atteste que le patient a bénéficié d'un suivi médical conforme aux recommandations en vigueur, incluant les examens cliniques et les investigations complémentaires nécessaires. L'état de santé général a été évalué sans contre-indications majeures constatées.

Conclusion Médicale :

Le patient est apte à poursuivre ses activités habituelles dans le respect des consignes médicales. Aucune restriction particulière n'a été relevée à ce jour. Ce certificat est établi pour servir et valoir ce que de droit.

Médecin Responsable

Patient

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Signature et Cachet :

Signature :

Date :

Date :

Source originale de ce document :

<https://juridique-administration.com/modele-attestation-de-suivi-medical/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://juridique-administration.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.