

## CERTIFICAT MEDICAL

### Aptitudes psychologiques

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr .....

Né(é) le : .....

Et certifie que Mme, Mlle ou Mr :

- est apte à la vie en collectivité
- ne présente pas de troubles du comportement
- ne présente pas d'idées suicidaires

Fait à ....., le .....

**Signature et cachet du médecin**