

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA RÉALISATION
D'UNE MISSION DE SERVICE CIVIQUE**

Le présent certificat médical est établi à l'issue de la visite médicale obligatoire prévue à l'article L.120-4 du code du service national, conformément à l'article R.121-10-1 du même code. Il atteste de l'absence de contre-indication médicale à la réalisation de la mission de service civique concernée. Ce certificat doit être conservé par l'organisme d'accueil en cas de contrôle.

Nom-Prénom du médecin généraliste :

Adresse du cabinet :

N° Tel

Adresse Email :

N° RPPS :

Je soussigné(e), Dr

docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

M./Mme :

né(e) le :

Domicilié(e) à :

L'examen médical pratiqué ne révèle à ce jour **aucune contre-indication médicale à la réalisation de la mission telle que décrite par l'organisme d'accueil :**

Intitulé de la mission :

Activités principales de la mission :

Facteurs de risques identifiés : activité physique soutenue, contact régulier avec des publics vulnérables ou victimes... :
Lieu de réalisation de la mission :

Durée totale de la mission :

Durée hebdomadaire de la mission :

Ce certificat est délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____ le : _____
Signature et cachet du médecin