



CERTIFICAT MEDICAL d'Aptitude Professionnelle OBLIGATOIRE POUR LES MENTIONS COMPLEMENTAIRES



Je soussigné(e), _____

Docteur en Médecine, certifie, après examen médical que l'état de santé de

Nom: _____

Prénom: _____

lui permet d'exercer les métiers de l'Hôtellerie et de la Restauration
(1).

Fait à _____ Le _____

(cachet et signature)

(1) L'attention du corps médical est attirée, en ce qui concerne les personnels de l'Hôtellerie et de la Restauration, sur les contraintes que subit l'appareil locomoteur, et notamment sur l'aptitude à assurer une station debout prolongée.