

# **CERTIFICAT MEDICAL**

## **Aptitude de sapeur-pompier saisonnier affecté en poste administratif ou PC FEUX**

Je soussigné, docteur .....

certifie avoir examiné à ce jour M. ou Mme .....

Ne présente aucune pathologie grave en cours ou évolutive, ni de pathologie neurologique cliniquement décelable.

Apte à la pratique d'une activité sédentaire.

**Date :**

**Signature et cachet du médecin**