

CERTIFICAT MEDICAL

(à apporter le jour de l'épreuve d'évaluation des aptitudes sensorielles , motrices et psychiques)

Indication du Médecin OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

NOM et PRENOM du CANDIDAT :

AUDIOGRAMME TONAL ET VOCAL:

MORPHOLOGIE ET FONCTIONNEMENT DU VOILE DU PALAIS :

MORPHOLOGIE ET FONCTIONNEMENT DES CORDES VOCALES :

CONCLUSIONS :

Date, signature et cachet du médecin O.R.L. consulté :



CERTIFICAT MEDICAL

(à apporter le jour de l'épreuve d'évaluation des aptitudes sensorielles , motrices et psychiques)

Indication du Médecin OPHTALMOLOGISTE

NOM et PRENOM du CANDIDAT :

VISION ŒIL DROIT :

avec correction

sans correction

VISION ŒIL GAUCHE :

avec correction

sans correction

FOND D'ŒIL :

TONOMETRIE :

CONCLUSIONS :

Date, signature et cachet du médecin Ophtalmologiste consulté :