

## **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 :