



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné(e),, docteur en médecine, certifie, après avoir examiné ce jour, qu'il/elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions de cuisinier au sein d'un établissement public d'enseignement de la Nouvelle-Calédonie.

Je certifie par ailleurs que l'intéressé(e) est apte à la manipulation des denrées alimentaires (articles 64 et suivants de la délibération du congrès n° 155 du 29 décembre 1998 relative à la salubrité des denrées alimentaires).

Fait à....., le

Signature et cachet du praticien