



**Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille**

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e), Docteur.....

certifie que Madame, Mademoiselle, Monsieur .....  
(en lettres majuscules)

Etudiant hospitalier en Médecine – MED4

**remplit les conditions :**

- **d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières.**
- **d'immunisation requises (conformément à l'Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation).**

Cachet du Praticien

Date et signature du Praticien

Le

Certificat établi en 2 exemplaires soit :

- par le médecin traitant
- par le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de Santé (SIUMPPS)  
125 boulevard d'Alsace 59024 LILLE CEDEX  
Tel : 03 28 55 06 40 – Mail : [siumpps@univ-lille2.fr](mailto:siumpps@univ-lille2.fr)

**A remettre le jour de la répartition du choix des stages**

**OU**

**A retourner avant la prise de fonctions du 1<sup>er</sup> stage au :**

- **Centre Hospitalier Régional Universitaire de LILLE  
Département des Affaires Médicales et Hospitalo-Universitaires  
CS 70001  
59037 LILLE CEDEX**

**ET**

- **Bureau des Stages  
Service de la Scolarité  
Faculté de Médecine Henri Warembourg – Pôle Formation**