

## **LABORANTIN(E)S EN BIOLOGIE CFC FORMATION PROFESSIONNELLE ACCELEREE (FPA) DECLARATION DE SANTE**

La personne soussignée déclare ne présenter aucune maladie physique ou mentale qui pourrait être incompatible avec la profession de laborantin.

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date :** .....

**Signature du/ de la candidat(e) :** .....

**Signature de son représentant légal, si il/elle est mineur(e) :**

.....

En cas de doute, nous vous recommandons de vous soumettre à un examen médical chez un médecin de votre choix. Les conclusions de cet examen doivent être jointes à ce document.