

**[Nom du Médecin]**

Médecin généraliste

[Adresse du cabinet]

[Téléphone] – [E-mail]

N° RPPS : [numéro RPPS]

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA RÉALISATION D'UNE MISSION DE SERVICE CIVIQUE**

*Le présent certificat médical est établi à l'issue de la visite médicale obligatoire prévue à l'article L.120-4 du code du service national, conformément à l'article R.121-10-1 du même code.*

*Il atteste de l'absence de contre-indication médicale à la réalisation de la mission de service civique concernée.*

*Ce certificat doit être conservé par l'organisme d'accueil en cas de contrôle.*

Je soussigné(e), Dr [Nom Prénom], docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

**M./Mme [Nom Prénom]**, né(e) le [date de naissance], domicilié(e) à [adresse complète].

L'examen médical pratiqué ne révèle à ce jour **aucune contre-indication médicale à la réalisation de la mission telle que décrite par l'organisme d'accueil** :

**[Intitulé de la mission]**

**[Activités principales de la mission]**

**[Facteurs de risques identifiés : activité physique soutenue, contact régulier avec des publics vulnérables ou victimes...]**

**[Lieu de réalisation de la mission]**

**[Durée totale de la mission]**

**[Durée hebdomadaire de la mission]**

Ce certificat est délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à [ville], le [date]

Signature et cachet du médecin

[Signature manuscrite]