

# Certificat médical

## ***En application de l'Arrêté Royal du 22-12-2005***

Soumettant à un examen médical toutes les personnes directement en contact, dans l'activité qu'elles exercent, avec les denrées ou substances alimentaires et pouvant souiller ou contaminer celles-ci.

Je soussigné , ..... , Docteur en médecine,

certifie avoir examiné en date du: .....

Madame / Monsieur: (Nom) .....

(Prénom) .....

Date de naissance: .....

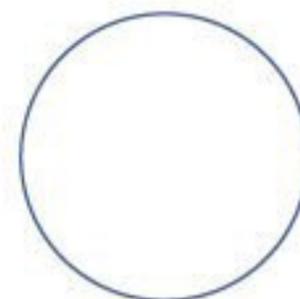
Adresse: .....

**et déclare qu'il / elle est apte à travailler dans le secteur de :  
la production, le traitement, la transformation et la manipulation de denrées alimentaires.**

En foi de quoi le présent certificat médical lui est délivré.

Fait à ..... le .....

Cachet et signature du médecin



Renouvelable tous les 3 ans.