

Bourse Jean WALTER-ZELLIDJA  
CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour :

M., Mme, Mlle<sup>1</sup> : .....  
Né(e) le : .....  
Domicilié(e) : .....  
Candidat(e) à une bourse pour<sup>2</sup> : .....

Au cours de l'interrogatoire et de l'examen auxquels j'ai procédé, qui ont porté, en particulier, sur les organes sensoriels, le rhino-pharynx, le cœur, les poumons et le système nerveux, je n'ai constaté, tant dans le domaine physique que psychologique, aucun signe d'affection ou d'infirmité incompatibles avec la vie en collectivité dans un établissement d'enseignement, ni de maladie contagieuse.

Je n'ai, par ailleurs, relevé aucun élément, qui permette de penser que l'intéressé(e) puisse éprouver des difficultés physique ou psychologiques à se consacrer à des études supérieures et à s'adapter à des conditions d'existence et de travail différentes de celles auxquelles il est accoutumé.

**VACCINATIONS**

Les certificats présentés par l'intéressé(e) montrent qu'il (ou qu'elle) a subi les vaccinations suivantes :

Antitétanique, antidiphtérique : dernier rappel le : .....

Antipoliomyélitique : le ....., rappel le : .....

**IMPORTANT**

Le (la) candidat(e) devra obligatoirement subir, après avoir reçu la confirmation définitive de sa bourse, et au moment de son dépôt de visa, le ou les vaccins particuliers imposés par la législation sanitaire du pays d'accueil.

Toute observation contraire devra faire l'objet d'un document à l'en-tête du médecin adressé directement, sous pli cacheté, à l'Académie Française - Bourses Jean WALTER-ZELLIDJA - 23 quai Conti - 75006 PARIS).

Cachet et signature du médecin

A ....., le .....

**DÉCLARATION DU CANDIDAT**

Je soussigné(e) déclare sur l'honneur avoir fourni au médecin qui m'a examiné(e) le ..... des renseignements exacts et n'avoir rien omis volontairement en particulier quant à d'éventuels séjours en établissement de soins ou de cure.

Je m'engage à faire connaître au service auprès duquel j'ai fait ma demande, toute modification importante survenue dans mon état physiologique, postérieurement à l'établissement de ce certificat médical et, le cas échéant, me soumettre aux vaccins imposés par le pays d'accueil.

Date : ..... SIGNATURE .....