

MEDICAL CERTIFICATE (COMPULSORY)

Student number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(for office use)

Full name and surname:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Programme:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEDICAL REPORT

(Must be completed by a medical practitioner – IN PRINT)

Did your examination and observation convince you that the applicant is in good health and not suffering from any physical or mental defect, disease or disability which would prevent him/her from being trained in the chosen profession or to practice as a professional in a fitting manner?

I declare that the above information is true and correct and that I have not withheld any information regarding the health condition of this person.

SIGNATURE

DATE

PRINT NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PROFESSIONAL
QUALIFICATION:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRACTICE NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRACTICE ADDRESS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone numbers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Work)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Cell)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Fax)