

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU  
MOINS UN MOIS EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER  
OU CONDUCTEUR D'AMBULANCE**

**CANDIDAT :**

NOM DE NAISSANCE .....

NOM MARITAL .....

PRÉNOM .....

ADRESSE .....

ADRESSE SUITE .....

VILLE ..... CODE POSTAL / / / / / /

TÉL / / / / / / / / / / / / / / / / PORTABLE / / / / / / / / / / / / / / / /

COURRIEL ..... @.....

**PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL**

DU / / / / / / / / / / / / / / / / AU / / / / / / / / / / / / / / / /

NOM ENTREPRISE .....

N° SIRET .....

ADRESSE .....

ADRESSE SUITE .....

VILLE ..... CODE POSTAL / / / / / /

NOM DU RESPONSABLE DE L'ENTREPRISE .....

APPRECIATIONS DE L'EMPLOYEUR	CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
	Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
	Motivation professionnelle					
	Exactitude, rigueur					
	Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN						

Fait à .....

**Signature & cachet du responsable de l'entreprise**

Date / / / / / / / / / / / / / / / /

*(tampon, nom et qualité du signataire)*