

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE
Candidat concerné par l'Article L. 3111-4 du CSP

Je soussigné(e) Docteur , Médecin agréé,

atteste que :

Madame Monsieur

NOM DE NAISSANCE :

NOM MARITAL :

PRENOM :

Né(e) le /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

- Candidat(e) à l'inscription d'une profession de santé dans un institut de formation de :
- Aide-Soignant
 - Auxiliaire Puéricultrice
 - Infirmier

→ Cette personne ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

- Candidat(e) à l'inscription aux épreuves de sélection du concours AMBULANCIER ou à l'inscription à une formation d'AUXILIAIRE AMBULANCIER dans un institut de formation

→ Cette personne ne présente pas de contre-indication physique et psychologique ni de handicap, incompatibles à l'exercice de la profession.

Fait à :

Le ____/____/____

Signature & cachet du médecin :