

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A LA PROFESSION D'AMBULANCIER

Je soussigné(e)

Dr

Médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénoms :

Né(e) le :

Candidat à l'I.F.A. de l'E.R.F.P.P. – GIPES Avignon

Et atteste que le candidat (e) ne présente aucune contre-indications à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...)

(cf. Arrêté du 26.01.2006)

Fait à, le.....

Cachet du Médecin agréé

Par l'ARS

Signature

NB : le présent certificat a une durée de validité de trois mois