

ANNEXE 2

IMPRIME POUR CERTIFICAT MEDICAL

(A compléter par le médecin agréé)

Je soussigné Docteur (Médecin agréé)

atteste, après l'avoir examiné(e) ce jour que

Mr ou Mme

Ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession (cocher la mention exacte) :

- ☐ Infirmier
- ☐ Aide-Soignant
- ☐ Ambulancier
- ☐ Auxiliaire Ambulancier
- ☐ Accompagnant éducatif et social

Fait à

Le ____/____/____

Signature et Cachet du médecin