

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE*
(Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS de votre Région)

Je soussigné(e), Docteur..... ,

Médecin agréé(e) par la préfecture du département

Certifie que :

Madame/Monsieur

Né(e) le

Demeurant

.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de :

Infirmier(ière)¹

Aide-soignant(e)²

Les vaccins obligatoires sont à jour.

Certificat réalisé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

A

Le

Signature et cachet du médecin agréé(e)

(1) Article 54 de l'arrêté du 17 avril 2018, relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de Formation paramédicaux

(2) Article 8ter de l'arrêté du 12 avril 2021, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant