

**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)

Aide-soignant(e)

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)