

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PROFESSION D'AMBULANCIER

Je soussigné(e) Dr

Médecin agréé par l'ARS, certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénoms :

Né(e) le :

candidat à la formation **d'Auxiliaire ambulancier** (à l'IFPVPS – 83130 LA GARDE)

J'atteste que le (la) 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 d'une année.

Lors de votre rendez-vous avec le médecin agréé, munissez-vous de tous les documents nécessaires (carnet de santé, certificat médical de vaccinations rempli par votre médecin traitant, ...).

Liste des médecins agréés consultable sur le site de l'ARS de votre département de résidence.
Pour l'ARS PACA cliquer sur « liste des médecins agréés en région PACA ».