

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN MOIS  
EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

**Candidat :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél : ..... Email : .....

**Période d'exercice professionnel :** Du .....au .....

**Entreprise de transport sanitaire :** .....

N° SIRET : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Nom du responsable de l'entreprise : .....  
 Email : .....

Evaluations du candidat :

<b>CRITERES</b>	<b>INSUFFISANT</b>	<b>MOYEN</b>	<b>BON</b>	<b>TRES BON</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude rigueur					
Maitrise d'un véhicule sanitaire					
Appréciation générale					

STAGE VALIDE :     OUI           NON

Date : .....

Cachet de l'entreprise, signature du responsable :