

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

Etabli par un médecin agréé par l'ARS de votre département

Je soussigné(e) Docteur,
médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour
Mr/Mme

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur,
physique, ni aucun handicap incompatible avec la profession d'auxiliaire
ambulancier : visuel, auditif, amputation d'un membre...

Fait à, le

Cachet et signature du médecin