

# ATTESTATION MÉDICALE

A remplir par le médecin agréé

Je soussigné (nom du médecin agréé)

.....

Agréé jusqu'au

.....

Atteste que :

.....

Est apte physiquement et psychologiquement à entreprendre sa formation d'infirmier(e) et d'en exercer la fonction.

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet du médecin agréé par l'ARS.