

ATTESTATION MEDICALE DES ETUDIANTS ET ELEVES EN FORMATION PARAMEDICALE

A REMPLIR PAR LE MEDECIN AGREE

Je soussigné(e)
NOM DU MEDECIN AGREE

Agréé jusqu'au

ATTESTE QUE :

| NOM DE NAISSANCE | NOM MARITAL | Prénom |
|-------------------------|--------------------|---------------|
| | | |

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession :

- d'infirmier(e)
 d'aide-soignant(e)

| | |
|---------------|---|
| Fait à | Signature du médecin agréé par l'ARS |
| Le | Cachet |