

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