



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
Institut de Formation en Soins Infirmiers

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PROFESSION EN SOINS INFIRMIERS

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'Agence Régionale de Santé
Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné(e), Docteur **Médecin agréé,**

Atteste que : M./Mme

Né(e) le : ! ___ ! ___ ! _____ !

- ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e).
- est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Coordonnées du médecin agréé :

.....

Fait à, le

Tampon :

Signature :

*liste disponible par département : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>