



Pôle de Formation des professionnels de santé  
Institut de Formation des Ambulanciers

## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PROFESSION D'AIDE-SOIGNANT

Je soussigné(e), Docteur ....., médecin agréé par l'ARS,  
atteste que ....., ne présente pas de contre-  
indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un  
handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre....).

Date :

Cachet et signature du médecin agréé par l'ARS

Signature :

**\*liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :**

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>