



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

## Certificat médical d'aptitude

à faire compléter **par un médecin agréé\*** par l'ARS du département  
(Selon l'arrêté du 11 avril 2022)

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

Atteste que : .....

Né(e) le : !\_\_ !\_\_ !\_\_\_\_ !

- 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....).
- est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Fait à ....., le !\_\_ !\_\_ !\_\_ !

Cachet et 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>**