



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 31 juillet 2009 modifié par arrêté du 23 janvier 2020)

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

Atteste que :

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)

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>