



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>