



*N.B. : Si plusieurs employeurs successifs, photocopier ce document et fournir une attestation par employeur*

pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d'Auxiliaire Ambulancier

▪ **CANDIDAT**

NOM : ..... Prénom : .....  
 NOM de jeune fille : ..... Nationalité : .....  
 Né(e) le : ..... Lieu : ..... Age : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 E-mail : .....

▪ **ENTREPRISE**

Nom : .....  
 N° SIRET : ..... Téléphone : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Nom du responsable de l'entreprise : .....

▪ **PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL**

Du : ..... Au : .....

▪ **APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR**

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
<b>BILAN</b>					

CACHET  
 et signature du responsable de l'entreprise

Date :