

CERTIFICAT MEDICAL
de non contre-indication à la profession d'ambulancier

pour tous les candidats

Je soussigné(e) Docteur :, médecin agréé,
certifie avoir examiné ce jour M. – Mlle – Mme :
né(e) le :

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, physique,
aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier : visuel, auditif,
amputation d'un membre, etc...

Fait à le

CACHET
et signature du médecin agréé

Conformément à la législation