

ATTESTATION MEDICAL POUR LES ETUDIANTS EN FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

Je soussigné (e) Docteur _____,

Médecin agréé jusqu'au _____,

Certifie que :

Madame Monsieur

NOM DE NAISSANCE	NOM MARITAL	PRENOM
DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	DEPARTEMENT/PAYS

**NE PRESENTE PAS DE CONTRE-INDICATIONS PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE A L'EXERCICE DE
LA PROFESSION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

Conformément à la réglementation en vigueur qui fixe les conditions Française pour entrer en formation paramédicale.

Fait à _____

Le _____

Signature et Cachet du Médecin