

# ATTESTATION MEDICAL POUR LES ETUDIANTS EN FORMATION AIDE SOIGNANT

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'AIDE-SOIGNANT (e)**

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

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin

