

ANNEXE VI

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS
EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU CONDUCTEUR D'AMBULANCE

Candidat :

Nom : Nom marital éventuel :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

Mail :

PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

Du : Au :

ENTREPRISE :

Nom :

N° Siret :

Coordonnées :

Nom du responsable dans l'entreprise :

Appréciation de l'employeur

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation profession- nelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Date

CACHET du responsable de l'entreprise