

**A la profession et à la formation d'Ambulancier  
et/ou d'Auxiliaire Ambulancier**

**Établi conformément à l'Arrêté du 14 avril 2022 relatif aux conditions de formation de  
l'Auxiliaire Ambulancier et Diplôme d'Ambulancier – NOR SANP0620487 A**

Je soussigné(e), Docteur (1) .....

Agréé par l'A.R.S. sous le N° (1) ....., certifie avoir examiné ce jour :

Mme, Mr (1) .....

Né(e) le (1) ..... à (1) .....

Et atteste que celle (celui)-ci :

(1) **Ne présente aucune contre-indication à la profession d'AMBULANCIER**

**Conformément aux articles 1 et 6 de l'Arrêté du 11 avril 2022 :** « Absence de problèmes locomoteurs, psychiques et/ou d'un handicap incompatible avec la profession (handicap visuel, auditif, amputation d'un membre,...). »

Fait à :

Cachet et signature du Médecin agréé

**(1) A cocher et/ou à compléter impérativement**

Veillez à présenter votre carnet de santé et tout document permettant d'établir ce certificat avec objectivité.