

**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.