

## CERTIFICAT D'APTITUDE MÉDICALE

Je soussigné docteur ..... **Médecin agréé par l'ARS,**

Adresse .....

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame – Monsieur .....

Né (e) le .....

Domicilié (é) à .....

.....

Atteste qu'elle ou qu'il présente :

Les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à la formation et à l'exercice de la profession Aide-soignant

(e):

Fait le

Tampon avec numéro d'agrément

Signature