

ANNEXE I

A établir par un médecin agréé par l'ARS n'étant pas le médecin traitant du candidat

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)....., médecin agréé ⁽¹⁾ par l'ARS, certifie, avoir examiné ce jour

- Mme, Mr (Nom).....(Prénom).....

- Né(e) le.....

et atteste n'avoir constaté aucune contre-indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession d'ambulancier : visuel, auditif, amputation d'un membre...)

A....., Le.....

(Signature et tampon)

⁽¹⁾ Pour connaître la liste des médecins agréés, pour la rédaction du certificat d'aptitude, vous pouvez vous renseigner à l'ARS (Agence Régionale de Santé).