

Annexe 3

Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins 1 mois en qualité d'auxiliaire ambulancier ou conducteur d'ambulance

Candidat

NOM de famille : (Nom de naissance) NOM d'usage :

Prénom : Date de naissance : / ___ / ___ / ___ /

Adresse :

Code postal : / ___ / ___ / ___ / Ville :

Téléphone : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / Mail :

Période d'exercice professionnel

Du : Au : Nombre total d'heures :

est toujours présent à ce jour

Entreprise

NOM :

N° Siret :

Coordonnées:

Nom du responsable de l'entreprise:

Appréciation de l'employeur

Critères	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
Bilan					

Cachet de l'entreprise

Date : / ___ / ___ / ___ /

Signature du responsable :