

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**de non contre-indication à la profession d'ambulancier**

*pour tous les candidats*

Je soussigné(e) Docteur : ....., médecin agréé,  
certifie avoir examiné ce jour M. – Mlle – Mme : .....  
né(e) le : .....

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, physique,  
aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier : visuel, auditif,  
amputation d'un membre, etc...

Fait à ..... le .....

CACHET  
et signature du médecin agréé

Conformément à la législation