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. – 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 réglementation

Institut de Formation des Ambulanciers - IFA
10 rue Hannah Arendt– 67200 STRASBOURG
Tél. : 03 69 55 31 11 – Fax : 03 69 55 32 21
ifa67@chru-strasbourg.fr - www.chru-strasbourg.fr rubrique « vous êtes étudiant » / Ambulanciers