ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d'auxiliaire ambulancier

▪ CANDIDAT

NOM : ..... Prénom : .....

NOM de jeune fille : ..... Nationalité : .....

Né(e) le : ..... Lieu : ..... Age : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

▪ ENTREPRISE

Nom : .....

N° SIRET : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Nom du responsable de l'entreprise : .....

▪ PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

Du : ..... **Au** : .....

▪ APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR

CRITERES	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
et signature du responsable de l'entreprise

Date :

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 » / ambulancier