

CERTIFICAT MÉDICAL établi par un médecin agréé

Je soussigné·e, Docteur : _____, médecin agréé,

atteste que Madame / Monsieur : _____

Né·e le : _____ à _____

est apte à suivre l'enseignement et ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant·e.

Cachet du médecin agréé :

Fait à _____

Le : ____/____/____

Nom du médecin agréé :

Signature :

Ce certificat médical, établi par un médecin agréé, est à joindre à votre dossier d'inscription.
Il doit être remis à l'Institut au plus tard le jour de la rentrée. À défaut, l'inscription ne sera pas possible.



Institut de Formation des Aides-Soignants