

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS
UN MOIS EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU DE CONDUCTEUR
D'AMBULANCE**

CANDIDAT :

Nom : _____ Nom marital éventuel : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tel : _____ Fax : _____
 Mail : _____

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

Du _____ au _____

ENTREPRISE

Nom : _____
 N° Siret : _____
 Coordonnées : _____
 Nom du responsable de l'entreprise : _____

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					

Date

Cachet et signature du responsable de l'entreprise