

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE
INDICATIONS A LA PROFESSION
D'AUXILIAIRE AMBULANCIER ¹
OU D'AMBULANCIER ²**

Je soussigné (e), Docteur **médecin
agréé ARS** certifie avoir examiné ce jour M

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

Fait àle ³

Cachet et signature du médecin Agréé par l'ARS⁴

¹ : article 1 de l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

² : article 6 de l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

³ : Daté de moins de 3 mois

⁴ : Liste des médecins agréés (Agence Régional de Santé) : sur Internet, dans moteur de recherche, taper : MEDECINS AGREES+DEPARTEMENT OU REGION (**Attention : médecin différent de la liste des médecins agréés par la préfecture**)