

**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**