

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS
UN MOIS EN QUALITÉ 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 :

DII

au

ENTREPRISE

Nom :

N° Siret :

Coordonnées :

Nom du responsable de l'entreprise :

APPRECIATION DE L'EMPIRE OYEUR :

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