

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

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

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente pas, à ce jour, de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'ambulancier.

Fait à ..... le ..... <sup>3</sup>

**Cachet et signature du médecin Agréé par l'ARS<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>: article 2 de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

<sup>2</sup>: article 7 de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

<sup>3</sup>: Daté de moins de 3 mois

<sup>4</sup>: 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**)