

**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 pas, à ce jour, de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'ambulancier.

Fait à le ³

Cachet et signature du médecin Agréé par l'ARS⁴

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

²: article 7 de l'arrêté du 11 avril 2022 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**)