

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉES AU MOINS UN MOIS EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU 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 : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Nom du responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

**APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR**

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
<b>Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)</b>					
<b>Motivation professionnelle</b>					
<b>Exactitude, rigueur</b>					
<b>Maîtrise d'un véhicule sanitaire</b>					
<b>BILAN</b>					

**CACHET du responsable de l'entreprise**

**Date :**