



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY
INSTITUT REGIONAL DE FORMATION DES AMBULANCIERS
1 rue Joseph CUGNOT 54035 NANCY cedex
Courriel : irfa@chru-nancy.fr

Directeur Jean-Joseph SCHALK

CERTIFICAT MEDICAL DU MEDECIN AGREE PAR L'ARS
Département d'accès à la santé

Je soussigné (e) Dr

Médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour :

M^{me}, M. :

Candidat (e) à la formation d'**Auxiliaire Ambulancier**

J 'atteste que :

M^{me}, M. :

Ne présente aucune contre-indication à la profession d'auxiliaire ambulancier.

(Absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession :
handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...)

Fait à , le

Cachet et signature du Médecin agréé