



EXAMEN MEDICAL D'ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT

Je soussigné : D^r _____
Médecin assermenté et agréé

Après examen de M./Mme _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à : _____

Demeurant : N° _____ Rue _____

Complément d'adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

En vue de sa participation à la formation aide-soignant **certifie** que l'élève inscrit ci-dessus :

- **Présente / Ne présente pas¹ les aptitudes physique et psychique à l'exercice de la profession d'aide-soignant.**

En vue de sa participation aux stages pratiques prévus durant la formation **certifie** que l'intéressé(e) :

- Est à jour / N'est pas à jour¹ des vaccins obligatoires.**
- Est en cours de vaccination(s) obligatoire(s).**

Observations éventuelles : _____

Fait à _____ Le ____ / ____ / _____

Cachet et signature du médecin agréé

¹ Barrer la mention inutile