

## EXAMEN MEDICAL D'ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT

Je soussigné : D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_  
Médecin traitant

**Après examen** de M./Mme \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
Demeurant : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

En vue de sa participation aux stages pratiques prévus durant la formation **certifié** que l'intéressé(e) conformément à l'arrêté du 12 avril 2021 :

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

**Observations éventuelles :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Cachet et signature du médecin*

Le candidat, lorsque son admission est définitive, doit présenter un **certificat médical** émanant d'un médecin agréé attestant qu'il « n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant ».