

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

Fait à _____ Le ____ / ____ / _____

Cachet et signature du médecin agréé