

## EXAMEN MEDICAL D'ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT

Je soussigné : D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_  
Médecin assermenté et agréé ARS

**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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-en-hauts-de-france-0>

Cachet et signature du Médecin agréé ARS