



**CERTIFICAT MEDICAL D'ENTREE EN
FORMATION AIDE-SOIGNANTE**

Système de classement :
18 Sélection/ENR/18
Version N°1
Date de rédaction : 08/06/21

**A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE
(liste des médecins agréés consultable
sur le site de l'Agence Régionale de Santé de votre région)**

NOMPrénom.....

né(e) leà

Adresse.....

.....

AVIS MEDICAL

Je soussigné, **Médecin Agréé**.....

Adresse.....

.....

atteste que Mme,M.,

né(e) leà

ne présente pas de contre-indication physique et/ou psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e) (*en référence à l'Arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture*)

Fait à, le

Signature et Cachet du Médecin

DECLARATION DU (DE LA) CANDIDAT(E)

Je déclare ne dissimuler aucun fait de maladie.

Fait à, le

Signature du (de la) candidat(e)