

ANNEXE 3



IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DE
LEZIGNAN-CORBIÈRES



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE D'UN MEDECIN AGRÉE

Je soussigné, Docteur , Médecin Agréé, certifie avoir examiné

M. Mme

Né(e) le

et atteste que la personne mentionnée ci-dessus possède :

☐ ne présente pas de contre-indication physique et psychologique

☐ présente une contre-indication physique et psychologique

à l'exercice de la profession d'aide-soignant

Fait leà

Signature et cachet du Médecin Agréé

Nota Bene : La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre Région.