

EXAMEN MEDICAL D'ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT

Je soussigné : D^r _____
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