

NOM - Prénom : _____

CERTIFICAT

(à compléter par **un médecin agréé**)

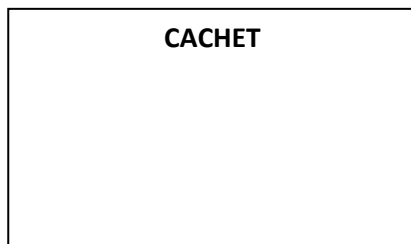
Je soussigné(e),

Docteur.....

Certifie que M.....

Né(e) le.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant.



Fait à Le.....

Signature :



Pour les candidats résidant hors Indre-et-Loire et si le cachet du médecin ne comporte pas la mention « médecin agréé de l'administration » **fournir la liste** sur laquelle figure le nom du médecin agréé ou tout autre document justifiant son agrément par l'administration.