



**Accompagnements et Formations des Professionnels de Santé**

**Institut de formation des Professionnels de Santé**



**CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN AGRÉÉ**

Je soussigné Docteur en médecine : .....

Certifie avoir examiné ce jour M./ Mme :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .../.../....

Candidat(e) à la formation Aide-soignant ne présente aucune contre-indication à suivre la formation. L'apprenant présente l'ensemble des aptitudes physiques et psychologiques à exercer l'ensemble de ces stages en établissement de soins.

**Observation :**

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à : ....., le : ...../...../.....

**Cachet et signature du médecin agréé ( OBLIGATOIRE) :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Accompagnements et Formations des Professionnels de Santé**

100 Avenue de Verdun - Parc de l'Etoile-BAT B -92390 Villeneuve La Garenne

TEL STANDARD: 01 40 85 87 20 - Courriel : [afps@wanadoo.fr](mailto:afps@wanadoo.fr) – Site Internet : [www.afps-92.fr](http://www.afps-92.fr)

SIRET 811 248 558 00033- Organisme de formation N° 119223684-92 – Code APE : 8559A