

CERTIFICAT MÉDICAL

2025



Ce certificat médical doit être délivré par un médecin agréé.

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom) : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

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.

Observations :

Fait à : _____

Le : _____

Signature et cachet (Obligatoires) :