

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PROFESSION D'AMBULANCIER**

Je soussigné(e), Docteur _____, Médecin
Agréé D.D.A.S.S., certifie avoir examiné ce jour

M. _____ .

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, psychique,
aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier(e) : visuel, auditif,
amputation d'un membre

Fait à _____ le _____

Cachet et signature du médecin