

# CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

**À REMPLIR PAR UN MEDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS DE VOTRE RÉGION**

Par exemple, pour la région Auvergne Rhône Alpes :  
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees>

Je soussigné Docteur .....

Médecin agréé, atteste, après l'avoir examiné(e) ce jour, que :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

N'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignant.

**Date, signature et cachet du médecin**