

# CERTIFICAT MÉDICAL

Ce certificat est à faire **REmplir ET SIGNER IMPERATIVEMENT** par un Médecin  
**agréé par la Délégation Territoriale de l'A.R.S** (Agence Régionale de la Santé)

liste des médecins agréés de Nouvelle Aquitaine :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

Si vous ne résidez pas en Nouvelle-Aquitaine, tapez « liste des médecins agréés + n° de votre dpt »

Je soussigné(e) Docteur (nom - prénom) : .....

**agréé(e)** sur le Département de : .....

certifie que :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

→ **présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide soignant.e**

Fait le ..... à .....

**Signature et Cachet du médecin**

