

 <p>Institut Formation Santé de l'Ouest</p>	<p>INSTITUT DE FORMATION D'AIDES - SOIGNANTS 11 Bd René Levesque 85000 LA ROCHE SUR YON ☎ 02 51 62 67 27 vbonnet@ifso-asso.org ifaslaroche@ifso-asso.org www.ifso-asso.org</p>	  <p>INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT AGREE ET FINANCE PAR LE CONSEIL REGIONAL</p>
--	--	---

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PROFESSION D'AIDE SOIGNANT(E)

Rempli par un médecin agréé, attestant que : « Le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » en référence à l'article 13 de l'arrête du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide Soignant.

Je soussigné(e) Docteur _____

Médecin agréé certifie que Mme / Melle/ Mr _____

1) Ne présente pas de contre indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

2) Est à jour de ses vaccinations conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

JOINDRE IMPERATIVEMENT LES JUSTIFICATIFS DE VACCINATION

Fait à _____, le _____,

(Cachet et signature)