

IFSO 

Institut Formation Santé de l'Ouest

**INSTITUT DE FORMATION
D'AIDES - SOIGNANTS**
177 rue d'Aubigny – BP 80338
85008 LA ROCHE SUR YON Cedex
☎ 02 51 62 67 27
ifaslaroche@ifso-asso.org



Région
PAYS DE LA LOIRE

**INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT
AGREE ET FINANCE PAR LE CONSEIL REGIONAL**

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)