

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

Je soussigné(e), Docteur....., médecin  
agréé 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

**N.B. : pensez à vous présenter chez le médecin avec votre carnet de santé**