

Certificat médical d'aptitude

Je soussigné Docteur, médecin agréé par
l'Agence Régionale de Santé, certifie que :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

☐ présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à la formation et aux
fonctions d'auxiliaire de puériculture.

☐ ne présente pas les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à la formation
et aux fonctions d'auxiliaire de puériculture.

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e).

Signature et cachet du médecin :

Fait à
le

