

Certificat médical d'aptitude à la profession d'aide-soignant(e)

Je soussigné(e), Docteur, médecin agréé par les
autorités sanitaires du département, exerçant à

Téléphone :

certifie que :

NOM : **Prénom :**

Né(e) le : **A :**

**ne présente pas de contre indication physique et psychologique à l'exercice de la profession
d'aide-soignant(e).**

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) remis en mains propres pour faire et valoir ce que de droit.

Fait à

Le

Signature :

Cachet du médecin agréé :

Pour information

**Extrait de l'article 8 ter de l'arrêté au 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux
conditions d'accès aux formations conduisant aux DEAS et DEAP :**

« L'admission définitive est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine ;

2° A la production, avant la date d'entrée au premier stage, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie législative du code de la santé publique ».