



Formation organisée  
avec le soutien de la  
Région Normandie



Institut de Formation des Ambulanciers

**CERTIFICAT du MEDECIN AGREE par l'ARS**

Je soussigné, Docteur.....

Médecin agréé par l'ARS du département.....

Exerçant à .....

.....

Certifie que Mme, M. : .....

Né(e) le : .....

Demeurant à .....

**Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'ambulancier.**

Taux d'IPP : .....%

Date :

Cachet et Signature du Médecin