

## Certificat médical d'aptitude

(A faire compléter **par un médecin agréé\*** par l'ARS du département  
selon l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021)

Je soussigné(e), Docteur ....., **Médecin agréé ARS,**

Atteste que :

M. / Mme .....

Né(e) le : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

- Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e),
- Est à jour de ses vaccinations et immunisé(e).

Fait à ....., le .....

Tampon :

Signature :

\* liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>