

Je soussigné(e) Docteur en médecine, **Médecin agréé(e) par l'ARS du**

**Département** .....

certifie que M..... né(e) le .....

à .....ne présente pas de contre-indication

physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'Aide-Soignant ou d'Auxiliaire de

Puériculture.

Date

Cachet et signature obligatoire du Médecin