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'Accompagnant Educatif et Social.

Date

Cachet et signature obligatoire du Médecin

Pour plus d'informations sur les données à caractère personnel collectées par l'IFSS CFA de la Fondation Seltzer ainsi que les modalités d'exercice de vos droits et libertés, veuillez-vous référer à la Charte de protection des données à caractère personnel, annexée à la fiche d'inscription à la formation.