

## Certificat médical de non-contre-indication à la profession d'ambulancier

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour : M , Mme , Mlle :

Nom de naissance (de famille).....

Nom d'époux (se).....

Prénoms.....

Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### J'ATTESTE QUE LE/LA CANDIDAT(E) (cases à cocher)

1.  Présente ... ou  Ne présente pas ...

... de contre-indications à la conduite à la conduite d'ambulance (Article R.221.10 du Code de la Route, fournir aussi le document CERFA 14880-02)

2.

	Présente	Ne présente pas	Observations
...Des problèmes locomoteurs			
...Des problèmes psychiques			
...De handicap incompatible avec l'exercice de la profession d'ambulancier – (handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...)			
...De contre-indication au port et transfert de charge (Troubles Musculo Squelettiques, dorsalgies, lombalgies...)			
...De contre-indication au maintien de la position <b>accroupie et</b> à <b>genoux</b> de façon <b>prolongée</b> (30min)			

↳  Présente ... ou  Ne présente pas ... de contre-indication à la profession

**d'ambulancier** (Article 6 de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié relatif aux conditions de formation)

3.  Présente ... ou  Ne présente pas ...

... ses vaccinations obligatoires à jour, à savoir contre la Diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite, la Tuberculose, l'Hépatite B (compléter le certificat médical de vaccinations ci-joint en se référant au schéma vaccinal).

Fait le : .....

à : .....

Signature :

Cachet :