

## EXAMEN MÉDICAL DE CANDIDATURE A LA FORMATION D'AMBULANCIER-ERE ES

**Données personnelles du/de la candidat-e :**

Nom : .....

Prénom : .....

Né-e le : .....

Examen effectué le : .....

**Brève évaluation physique et psychologique du/de la candidat-e :**

.....

.....

.....

Estimez-vous l'état de santé du/de la candidat-e en adéquation avec la formation envisagée :

BON
  SUFFISANT
  INSUFFISANT

**REMARQUES ÉVENTUELLES :**

.....

.....

.....

**SIGNATURES**

**Sceau et signature du médecin**

Le ..... Sceau et Signature.....

**Date et signature du/de la candidat-e**

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance des informations stipulées sur le présent document et j'autorise qu'elles soient transmises au médecin-conseil de l'Ecole ES ASUR.

Le ..... Signature.....

**Ce questionnaire est à glisser dans une enveloppe fermée avec mention comme suit : « Avis médical » / nom et prénom du/de la candidat-e).**

**Cette enveloppe doit être ajoutée au dossier.**

*Les frais de consultation-s/examen-s/vaccination-s sont à la charge des candidats  
A noter que la plupart des vaccins peuvent être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire; il appartient aux candidats de se renseigner et d'entreprendre les démarches ad' hoc.*