

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 de candidature.

*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.*