



Hôpitaux
de Provence
Groupement Hospitalier
et Universitaire
des Bouches-du-Rhône

CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN AGRÉÉ ARS (annexe 2)



RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

A renseigner par un médecin agréé par l'ARS

7

Je soussigné(e)....., médecin agréé par l'ARS,
certifie, avoir examiné ce jour, le.la candidat.e :

Mme, M. (Nom).....(Prénom).....

Né(e) le.....

et atteste que le.la candidat.e n'est atteint.e d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique
incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmier-ère.

A, le / /

Signature et cachet du médecin