INSTITUT DE FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

CERTIFICAT MEDICAL – Rentrée septembre 2025
(Délivré par un médecin agrée ARS*)

Attention : consultation à la charge financière du candidat

Je soussigné(e), Docteur _____

Médecin Agréé du département de : _____

Atteste après examen médical que :

M, Mme, _____

Né(e) le _____

Domicilié(e) à _____

_____

N'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'Auxiliaire de Puériculture Diplômée d'Etat ☐

Cachet du Médecin et Signature

Fait à ……..……

Le ……...……

*Liste des médecins agréé sur internet par département pour Ile de France.