

INSTITUT DE FORMATION D'AIDE SOIGNANT**CERTIFICAT MEDICAL – Rentrée septembre 2025**
(Délivré par un médecin agréé 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 agréés sur internet par département pour Ile de France.