

INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**CERTIFICAT MEDICAL – Rentrée septembre 2026**
(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'Aide-Soignant Diplômée d'Etat ☐**Cachet du Médecin et Signature****Fait à****Le**

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

A.C.P.P.A.V.Centre "Jean BRUDON" (siège social)
Le Technoparc - 14 rue Gustave Eiffel
78306 POISSY Cedex
Tél. : 01.39.22.10.60 - Fax : 01.39.22.10.50
SIRET : 78515061600049Centre Hoche
25 rue Hoche
91260 JUVISY-SUR-ORGE
Tél. : 01.69.21.92.16 - Fax : 01.69.21.90.55
SIRET : 78515061600056Association Loi 1901 - N° déclaration d'activité : 11780482378
informations@acppav.org - www.acppav.org