



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY  
INSTITUT REGIONAL DE FORMATION DES AMBULANCIERS  
1 rue Joseph CUGNOT 54035 NANCY cedex  
Courriel : [irfa@chru-nancy.fr](mailto:irfa@chru-nancy.fr)

Directeur Jean-Joseph SCHALK

**CERTIFICAT MEDICAL DU MEDECIN AGREE PAR L'ARS**  
**Département d'accès à la santé**

Je soussigné (e) Dr .....

Médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour :

M<sup>me</sup>, M. : .....

Candidat (e) à la formation d'**Ambulancier Diplômé d'Etat**

J 'atteste que :

M<sup>me</sup>, M. : .....

Ne présente aucune contre-indication à la profession d'ambulancier.

(Absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession :  
handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...)

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du Médecin agréé