

Annexe 2

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE DE L'E.P.S VILLE-EVRARD

CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat médical émanant obligatoirement d'un médecin agréé A.R.S

☞ Contacter l'ARS de votre département pour en obtenir la liste

Je soussigné(e), _____

médecin agréé(e), certifie avoir examiné le :

--	--	--	--	--	--	--	--

☐Monsieur, ☐Madame : _____

Né(e) le : _____

Demeurant au : _____

CP /_/_/_/_/_/_/

Ville : _____

**et atteste l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la Formation de
Cadre de Santé**

Cachet du médecin agréé

--

Signature du médecin agréé

--

Lien utile ☞ Médecins agréés ARS IDF : ☞ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>