

☎ : 04 50 63 62 55

Em@il : ifsi.accueil@ch-annecygenevois.fr

## CERTIFICAT D'APTITUDE

(Entrée à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants d'Anecy – 2024/2025)

Je soussigné(e) Dr ....., **médecin agréé,**

certifie que, conformément à l'article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 10 juin 2021 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux,

M.....né(e) le ...../...../.....

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession.

**Le départ en stage ne sera autorisé que si toutes les vaccinations sont à jour.**

(Art. L 3111-4 du Code de la santé publique)

Date : ...../...../.....

Signature :

Cachet :