



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE  
Institut de Formation en Soins Infirmiers

## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PROFESSION EN SOINS INFIRMIERS

(à faire compléter **par un médecin agréé**\* par l'Agence Régionale de Santé  
Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné(e), Docteur .....**Médecin agréé,**

Atteste que : Mr/Mme .....

Né(é) le : !\_\_ !\_\_ !\_\_\_\_\_ !

- ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e).
- est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Coordonnées du médecin agréé : .....

.....

Fait à ....., le .....

Tampon :

Signature :

\*liste disponible par département : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>