



**Institut de Formation  
en Soins Infirmiers  
Annecy**

☎ : 04 50 63 62 55  
Fax : 04 50 63 62 50

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

**La Région**   
Auvergne-Rhône-Alpes



## **CERTIFICAT D'APTITUDE**

**(Entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aide-Soignants d'Annecy)**

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

certifie que, conformément à l'article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 et l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatifs aux conditions d'admission dans les centres de formation en soins infirmiers préparant au Diplôme d'Etat d'Infirmier et d'Aide-Soignant,

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 et immunités sont à jour.**

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

Signature :

Cachet du Médecin :