

# Attestation de l'employeur

## pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d'auxiliaire ambulancier

**CANDIDAT :**

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél domicile : ..... Fax : .....

**PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :**

Du ..... au .....

**ENTREPRISE :**

Raison Sociale : .....

SIRET : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél : ..... Fax : .....

Nom du responsable de l'entreprise : .....

**APPRÉCIATION DE L'EMPLOYEUR :**

CRITÈRES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	OBSERVATIONS
Aptitude physique (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
<b>APPRÉCIATION GÉNÉRALE</b>					

Date :

Cachet et signature du responsable de l'entreprise :