

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS  
UN MOIS EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU DE CONDUCTEUR  
D'AMBULANCE**

**CANDIDAT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom marital éventuel : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_

**PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :**

**Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_**

**ENTREPRISE**

Nom : \_\_\_\_\_  
 N° Siret : \_\_\_\_\_  
 Coordonnées : \_\_\_\_\_  
 Nom du responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

**APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR :**

<b>CRITERES</b>	<b>Insuffisant</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Très bon</b>	<b>Observations</b>
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
<b>BILAN</b>					

**Date**

**Cachet et signature du responsable de l'entreprise**