



Te....., op

Directie :
 Diksmuidse Heirweg 6
 8210 Zedelgem
 telefoon 050 36 69 90
 telefax 050 36 69 95

Aan WOBRA vzw.
 Secretariaat
 Diksmuidse Heirweg 6
 8210 Zedelgem

Secretariaat:
 telefoon 050 36 69 91
 telefax 050 36 69 95

Onderwerp : **Basiscursus Hulpverlener – Ambulancier:**

ATTEST VAN MEDISCHE GESCHIKTHEID

Geachte,

Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde:

(naam en voornaam).....

verklaart hierbij dat de kandidaat Hulpverlener-Ambulancier:

(naam en voornaam).....

geboren op...../...../..... te

géén medische tegenindicaties heeft om de lessen van de cursus Hulpverlener-Ambulancier, de stage op een ambulancedienst, MUG dienst en op spoedgevallen te volgen.

Betreffende is in staat om lasten te tillen en beantwoordt niet aan de medische uitsluitingscriteria voor het bekomen van een badge 100 (FOD Volksgezondheid)

Overzicht inenting:

VACCIN	Datum 1	Datum 2	Datum 3
TETANUS			
HEPATITIS			
Tuberculine test			
Andere:			

Met de meeste hoogachting,

Dokter,

(naam, handtekening en stempel)