



Formation financée par
la Région des Pays de la Loire

INSTITUT DE FORMATION
AIDES-SOIGNANTS
POLE SANTE SARTHE ET LOIR
LA FLECHE

FICHE MEDICALE

A faire remplir obligatoirement par un Médecin Agréé*

DIRECTEUR
F ALLEMAN

Art 11 Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant

SECRETARIAT
TEL : 02.44.71.34.43
TELECOPIE : 02.44.71.34.46
ifsi@pole-pssl.fr

L'admission définitive est subordonnée :

- a) *A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine,*
- b) *A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la 3^{ème} partie législative du code de la santé publique*

Arrêté du 2 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique en particulier son article 2 :

Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages

NB : * La liste des Médecins Agréés est disponible auprès des services de l'Agence Régionale de Santé. de chaque département ou consultable sur le site www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr



**INSTITUT DE FORMATION
AIDES-SOIGNANTS
POLE SANTE SARTHE ET LOIR
LA FLECHE**

Formation financée par
la Région des Pays de la Loire

DIRECTEUR
F ALLEMAN

SECRETARIAT
TEL. : 02.44.71.34.43
TELECOPIE : 02.44.71.34.46
ifsi@pole-pssl

FICHE MEDICALE

A faire remplir obligatoirement par un Médecin Agréé

**Je soussigné, M....., Docteur en médecine et Médecin agréé,
certifie que M.....**



candidat (e) à l'inscription: d'aide-soignant (e)

**est apte physiquement et psychiquement à suivre la formation et à exercer la
profession visée :**

A

le

Signature et cachet

	Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires	
---	--	---

TAMPON DU PRATICIEN

Lieu, date :

Je, soussigné(e) Dr

, certifie que M / Me

Nom :

Prénom :

Né(e) le

- Candidat(e) à l'inscription aide-soignant

a été vacciné(e) :

• **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*) :

- | | | |
|--|-----|-----|
| - immunisé(e) contre l'hépatite B : | oui | non |
| - non répondeur(se) à la vaccination : | oui | non |
| - en cours de vaccination | oui | non |

si en cours de vaccination :

	Nom du vaccin	Réalisé le
1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection		
3 ^{ème} injection		
4 ^{ème} injection		
5 ^{ème} injection		
6 ^{ème} injection		

joindre impérativement le résultat de la sérologie AC anti HBs faite en laboratoire

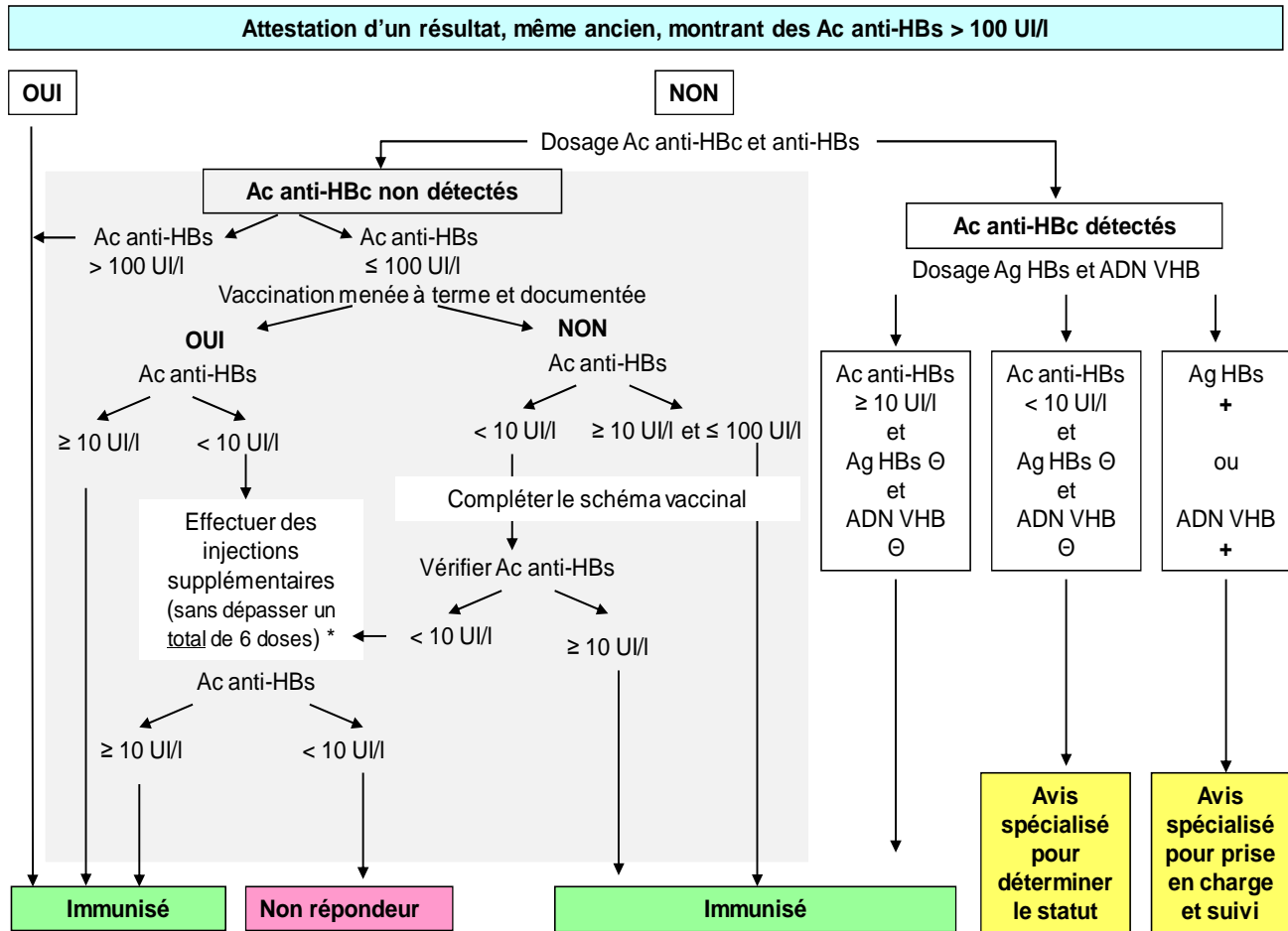
- **Par le BCG** (*obligatoire aussi pour d'autres filières d'études*) :

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

Signature et cachet du médecin

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 22 octobre 2005
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

