



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE À L'EMPLOI
& CERTIFICAT DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

À REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE

Vous pouvez consulter la liste des médecins agréés
sur le site de l'A.R.S. de votre région
(ex pour les Pays de la Loire : <https://www.pays-de-laloire.ars.sante.fr>)

- Candidat(e) à l'inscription (*cocher la filière choisie*) :

aide-soignant

infirmier

Je, soussigné.e Dr..... Médecin agréé.e,

Adresse

Téléphone.....

certifie que Mr, Mme, Mlle

Né.e le...../...../.....

candidat.e à l'inscription en formation d' Infirmier.e diplômé.e d'Etat

A été vacciné.e : *Cocher et compléter la ou les case(s) correspondante(s)*

Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

Dernier rappel effectué		
Nom du Vaccin	Date	N°de lot

Contre l'hépatite B

Nom du Vaccin	Date	N°de lot

Sérologie	Date	Résultats
Ac anti-HBs (> 10UI/l)		

Selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré.e comme (rayer les mentions inutiles) :

- Immunisé.e contre l'hépatite B : OUI NON
- Non répondeu.se à la vaccination OUI NON
- En cours de vaccination OUI NON

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

Par le BCG :

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

- **RADIOLOGIE PULMONAIRE OBLIGATOIRE REALISEE** (moins de 3 mois) : OUI NON
(Fournir le compte-rendu)

- **Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession et au suivi de la formation,**

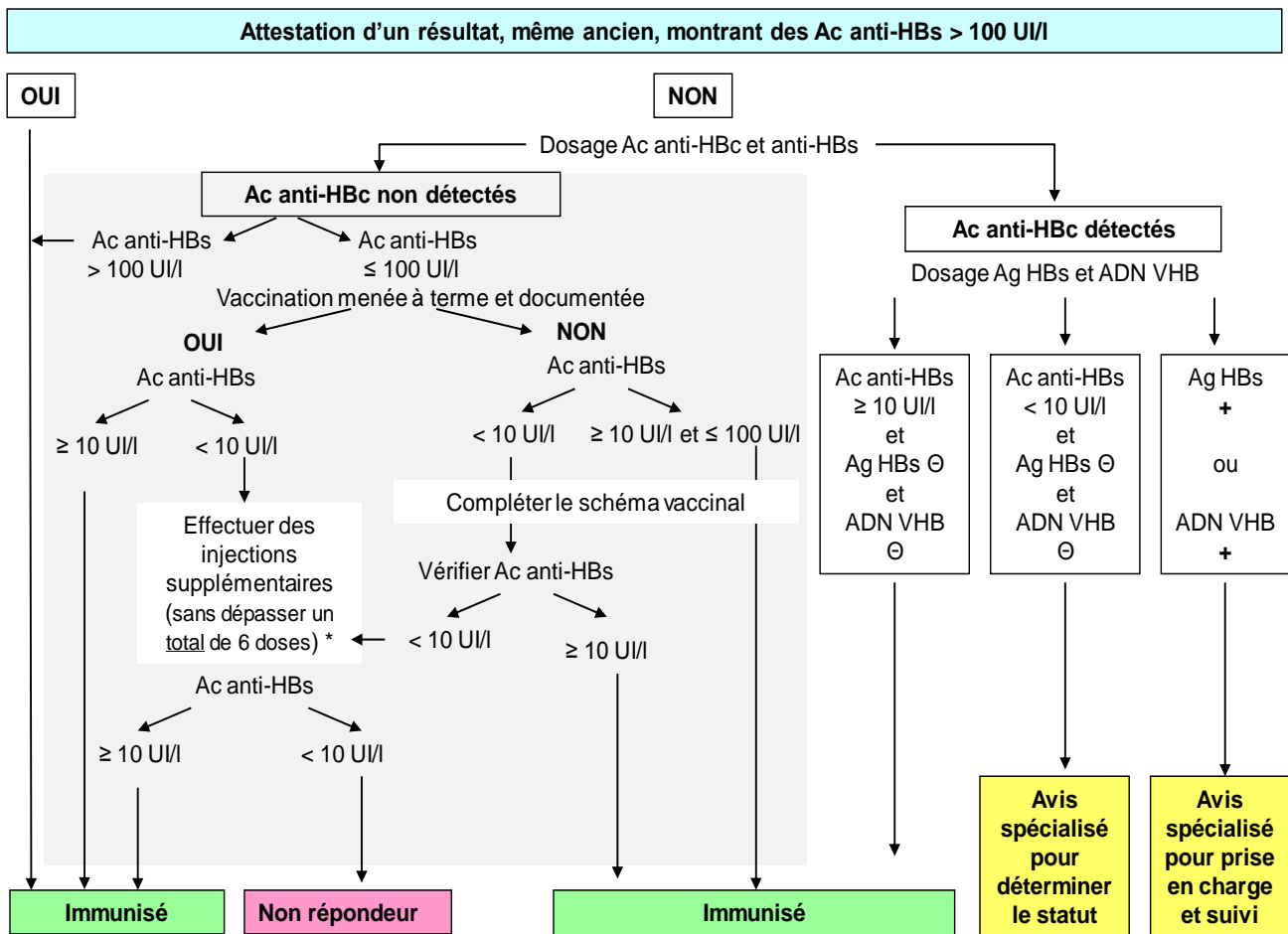
- **Remplit les conditions de vaccinations obligatoires conformément à la réglementation pour servir et faire valoir ce que de droit** (photocopies du carnet de vaccinations possible).

Date du certificat : -----

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 saisonnière

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>)