

ETAPE 1

A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : M ☐, Mme ☐

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé - voir les recommandations ARS page suivante

LA. LE CANDIDAT.E	OUI	NON
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite		
A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B		
A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B		
EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS		
EST RÉPONDEUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		
A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose		

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRES :

LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA SUIVRE LA FORMATION.

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.

ETAPE 2

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS
Accompagné du certificat médical de vaccination (étape1)

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

☐ Aide-Soignant ☐ Auxiliaire de Puériculture ☐ Ambulancier
☐ Auxiliaire Ambulancier

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, (1)

Certifie avoir examiné ce jour : M ☐, Mme ☐

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____

J'ATTESTE QUE LE- LA CANDIDAT-E (2 cases à cocher)



☐ PRESENTE ... ou ☐ NE PRESENTE PAS ...

... de contre-indications physique ou psychologique à l'exercice de la profession



☐ QU'IL OU ELLE EST IMMUNISE-E CONTRE L'HEPATITE B, sérologies
contrôlées, résultats selon le schéma joint (selon les directives de l'ARS)

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGREÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

(1) Figurant sur la liste départementale des médecins agréés – à fournir par le candidat hors département 89. **Attention**, comme le stipule d'article 4 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique des agents de la fonction publique hospitalière, **les médecins agréés appelés à examiner des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.**

(2) Nom et prénom en caractères d'imprimerie.