

CERTIFICAT MEDICAL

Année scolaire 20__ /20__

Je soussigné(e), Docteur

certifie que l'élève ou l'étudiant :

NOM Prénom

né(e) le [] [] [] en formation dans le cursus suivant :

Classes en voie scolaire Sous Contrat	Classes préparatoires Hors Contrat	Classes en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
<input type="checkbox"/> BTS SP3S <i>Services & Prestations des secteurs Sanitaire et Social</i> <input type="checkbox"/> Bac Pro ASSP <i>Accompagnement, Soins et Services à la Personne</i> <input type="checkbox"/> Bac Pro SPVL <i>Services de Proximité & de Vie Locale</i> <input type="checkbox"/> MCAD <i>Mention Complémentaire d'Aide à Domicile</i> <input type="checkbox"/> CAP PE - AEPE <i>Petite enfance - Accompagnant éducatif Petite Enfance</i>	<input type="checkbox"/> Classe Prépa Concours IFSI <i>Préparation aux Concours d'entrée des Instituts de Formation en Soins Infirmiers</i> <input type="checkbox"/> Classe Prépa Concours Sociaux Envol <i>Préparation aux épreuves de sélection ou aux Concours d'entrée des Instituts et centres de Formation en Travail Social</i> <input type="checkbox"/> Classe Prépa Concours ASAP <i>Préparation aux Concours d'entrée des Instituts de Formation d'Aide-Soignant et d'Auxiliaire de Puériculture</i>	<input type="checkbox"/> Licence Pro <i>Management des Organisations, Gestion des établissements Sanitaires Sociaux et Médico-sociaux</i> <input type="checkbox"/> BTS SP3S <i>Services & Prestations des secteurs Sanitaire et Social</i> <input type="checkbox"/> CAP PE 1an <i>Petite Enfance</i>

1/ a subi les vaccinations suivantes (obligations pour tous stages et activités professionnelles en établissement ou organisme privé de prévention ou de soins : Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991) :

- **D T POLIO** : dernier rappel le [] [] []
- **Test tuberculinique** (datant de moins d'un an) [] [] [] Résultat : _____
- **B.C.G. INTRADERMIQUE** : vaccination le [] [] []

Pour les étudiants ayant l'intention d'effectuer leur(s) période de formation en milieu professionnel en structure de prévention et de soins (en structure hospitalière ou en structure d'accueil de la Petite Enfance)

- **Hépatite B** :
Dates de vaccinations (mois et année) [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

2/ est immunisé(e) contre :

• **la Rougeole**

• **la Rubéole**

(date de maladie ou vaccination) [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3/ est apte à exercer une activité en période de formation en milieu professionnel :

- dans **un service de prévention ou de soins** (structure hospitalière) oui non
- en **structure d'accueil de la Petite Enfance** oui non
- en **structure sociale ou de services** oui non

DATE [] [] []

CACHET & SIGNATURE
DU MEDECIN