

**Dossier d'admission aux emplois hospitaliers**  
**Certificat médical d'aptitude à l'emploi et certificat de vaccinations obligatoires**  
**(A REMPLIR PAR LE MEDECIN AGREE)**

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS (IFSI) - INSTITUT DE FORMATION DES AIDES SOIGNANTS (IFAS)**

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux.

**Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage.**

Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un professionnel de santé.

Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Docteur Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Titre et qualification : \_\_\_\_\_ Lieu, date \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_,

Certifie que M / Mme, Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

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

- Professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ;
- Autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, technicien en analyses biomédicales.

A été vacciné(e) :

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

Dernier Rappel Effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre la fièvre typhoïde** depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Rougeole :**

- Vous devez avoir eu 2 doses si vous êtes né(e) à partir de 1980
- Si vous êtes né(e) avant 1980, une dose ROR est à effectuer si vous n'avez jamais été vacciné(e) et si vous n'avez pas d'antécédent de rougeole documenté.

Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre l'hépatite B :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

Sérologie	Date	Résultats

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 répondeur (se) à la vaccination :    oui            non

• **COVID – 19 (Fournir le certificat de vaccination avec le QR CODE et le nombre de vaccination) :**

- Vous devez avoir eu 3 doses ou l'avoir contracté

A contracté le COVID 19	Nom du vaccin	Date	Nombre de doses reçues
-	-	-	
-	-	-	
-	-	-	

- 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.

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.