

EXAMEN MEDICAL D'ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT

Je soussigné : D^r _____
Médecin traitant

Après examen de M./Mme _____
Né(e) le : ____ / ____ / ____ à : _____
Demeurant : N° _____ Rue _____
Complément d'adresse : _____
CP : _____ Ville : _____

En vue de sa participation aux stages pratiques prévus durant la formation **certifiée** que l'intéressé(e) conformément à l'arrêté du 12 avril 2021 :

A été vacciné(e) : contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

Dernier Rappel effectué	
Nom du vaccin :	Date :

A été vacciné(e) : contre l'hépatite B

Dernier Rappel effectué	
Nom du vaccin :	Date :

Immunisé(e) contre l'hépatite B

Non répondeur(se) présumé(e) avec surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Cachet et signature du médecin

NB : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la varicelle et la grippe saisonnière.

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT

IFAS

C2F/IFAS/D039/1 – 06/09/19