

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 (vaccination OBLIGATOIRE)

Nom du vaccin :	Date 1 ^{ère} dose :
Date 2 ^{ème} dose :	Date 3 ^{ème} dose :

* dans les situations particulières où une protection vaccinale doit être obtenue rapidement, et sur avis de votre médecin traitant, il est possible de procéder à une vaccination en 3 doses sur 21 jours, suivies d'un rappel 1 an après.

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.